



## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/173881>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

# **Ethos und Identität: Eine ethisch-empirische Studie zur Krise des Pflegeberufs**

Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor  
aan de Radboud Universiteit Nijmegen  
op gezag van de rector magnificus prof. dr. J.H.J.M. van Krieken,  
volgens besluit van het college van decanen  
in het openbaar te verdedigen op

dinsdag 20 juni 2017  
om 10.30 uur precies

door

Anja Huber

geboren op  
25 augustus 1985  
te Zürich, Zwitserland

**Promotor:**

Prof. dr. J.-P. Wils

**Manuscriptcommissie:**

Prof. dr. E. van der Zweerde

Prof. dr. E. van Leeuwen

Dr. A. Pfister (Universität Zürich, Zwitserland)

---

# Danksagung

Meine Dissertation war Lernen. Fachliches, methodisches, persönliches Lernen. Damit dieses Lernen stattfinden konnte, bin ich den mir nahestehenden Menschen zu Dank verpflichtet. Alles, was ich von euch gelernt habe, hat zum Gelingen der Arbeit beigetragen.

An erster Stelle möchte ich meinem Doktorvater Prof. Dr. Jean-Pierre Wils danken. Du hast mich zu dieser Arbeit ermutigt und mich während des ganzen Prozesses begleitet. Von deiner beeindruckenden Belesenheit und deinem Fachwissen habe ich gelernt den Blick für das Wesentliche zu schärfen und gleichzeitig Mut zu haben, die Breite zu sehen. Die Arbeit und der Austausch mit Dir waren bereichernd, motivierend und inspirierend! Das ist nicht selbstverständlich und dafür herzlichen Dank!

Ein ebenso grosser Dank geht an meine Familie. Ich danke euch, dass ihr mich immer unterstützt und motiviert. Dass ihr immer für mich da seid, bedeutet mir mehr, als ihr euch vorstellen könnt. Das war schon immer so und beschränkt sich nicht nur auf diese Arbeit. Ich lerne stets von euch – auch über die Dissertation hinaus. Ich liebe euch!

Maurice Göldi bin ich ebenfalls zu grossem Dank verpflichtet. Du bist mein Vorbild in vielerlei Hinsicht; dein Wissen ist unglaublich, deine Art zu Denken beeindruckend, gleichzeitig bist Du herzlich und liebenswert. Ich kann nicht in Worte fassen, wie sehr ich mich von Dir getragen fühle. Du bist (m)ein „Super Brain“ und ich liebe Dich!

Ein weiterer Dank geht an meine Verwandten und Freunde. Ihr habt mich geerdet, wenn meine Dissertation viel Raum eingenommen hat. Im Austausch mit euch lerne ich immer und ihr bereichert mein Leben und Denken! Ein spezieller Dank geht an Denise Battaglia und Daniela Ritzenthaler. Ebenfalls danken möchte ich meiner ehemaligen Vorgesetzten Dr. Ruth Baumann-Hölzle. Du hast mich ermutigt, auf meine Fähigkeiten zu vertrauen.

Darüber hinaus gilt mein Dank allen Pflegefachpersonen, die bei dieser Arbeit mitgearbeitet haben. Ohne eure Offenheit in den Interviews wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen. Euer Engagement für den Pflegeberuf hat mich beeindruckt. Ich danke auch allen Pflegenden, die den Fragebogen getestet haben und schliesslich allen, die den Fragebogen ausgefüllt haben. DANKE an rund 300 Pflegenden!

Das Fazit von dem, was ich von euch allen gelernt habe, ist, dass ich immer weiterlernen möchte! Vielen Dank dafür!



---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Die Luhmannsche Diagnose: Die Beziehung des Helfens wird sentimentalisiert</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>Ethik und Empirie</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht</b>	<b>29</b>
4.1	Einstieg . . . . .	30
4.2	Die frühen Hochkulturen . . . . .	32
4.2.1	Mesopotamien . . . . .	32
4.2.2	Ägypten . . . . .	34
4.2.3	Indien . . . . .	36
4.2.4	China . . . . .	38
4.3	Antikes Griechenland . . . . .	40
4.3.1	Naturphilosophie und Säftelehre . . . . .	41
4.3.2	Die hippokratische Medizin . . . . .	42
4.3.3	Alexandria . . . . .	45
4.3.4	Rom . . . . .	45
4.4	Das frühe Christentum . . . . .	47
4.5	Das Mittelalter . . . . .	51
4.5.1	Die Benediktiner . . . . .	51
4.5.2	Der Islam . . . . .	52
4.5.3	Das abendländische Mittelalter . . . . .	54
4.5.4	Krankenpflege und Hospital . . . . .	54
4.5.5	Das späte Mittelalter . . . . .	56
4.6	Humanismus und Aufklärung . . . . .	57
4.7	Das 18. Jahrhundert . . . . .	60
4.8	Das 19. Jahrhundert . . . . .	65
4.9	Das 20. Jahrhundert . . . . .	74
<b>5</b>	<b>Bedeutung der Care-Ethik im ökonomisierten Gesundheitswesen</b>	<b>81</b>
5.1	Die Care-ethische Debatte . . . . .	82

<b>6</b>	<b>Ökonomisierung im Schweizer Gesundheitswesen: Folgen der historischen Entwicklung</b>	<b>93</b>
6.1	Warum wird heute der Ökonomie im Gesundheitswesen so viel Bedeutung beigemessen? . . . . .	102
6.2	Die veränderte Rolle des Nationalstaats im Kontext der Globalisierung . .	109
6.3	Zusammenfassung und Übergang . . . . .	116
<b>7</b>	<b>Theoretische Grundlagen</b>	<b>119</b>
7.1	Einstieg . . . . .	119
7.2	Berufliche Identität von Pflegefachpersonen . . . . .	120
7.2.1	Definition berufliche Identität . . . . .	122
7.2.2	Befundlage berufliche Identität von Pflegefachpersonen . . . . .	123
7.2.3	Verwendete Skala zur quantitativen Erfassung der beruflichen Identität . . . . .	130
7.3	Berufsethos von Pflegefachpersonen . . . . .	130
7.3.1	Definition – Was versteht man unter dem Begriff „Berufsethos“ . .	130
7.3.2	Befundlage zum Berufsethos des Pflegeberufs . . . . .	132
7.3.3	Wie sah die Entwicklung des Berufsethos der Pflege aus? . . . . .	133
7.4	Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf . . . . .	144
7.4.1	Definition Arbeitszufriedenheit . . . . .	149
7.4.2	Theorien der Arbeitszufriedenheit . . . . .	150
7.4.3	Das Bruggemann-Modell . . . . .	155
7.4.4	Befundlage Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf . . . . .	159
7.4.5	Verwendete Skala zur quantitativen Erfassung der Formen der Arbeitszufriedenheit . . . . .	165
7.5	Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen . . . . .	167
7.5.1	Definition . . . . .	171
7.5.2	Befundlage zur Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen . . . .	174
7.5.3	Verwendete Skala zur quantitativen Erfassung der Kündigungsabsicht . . . . .	181
<b>8</b>	<b>Qualitative Datenerhebung zur Operationalisierung des Berufsethos in der Pflege</b>	<b>183</b>
8.1	Vorgehen für die Item-Generierung . . . . .	183
8.2	Datenanalyse . . . . .	184
8.3	Ergebnisse der qualitativen Datenanalyse zum Berufsethos der Pflege . .	186
8.4	Entwicklung der Skala zur quantitativen Erfassung des Berufsethos . . .	189
8.5	Validierung der Skala zur quantitativen Erfassung des Berufsethos . . .	192
<b>9</b>	<b>Quantitative Erhebung zur Bestätigung der Hypothesen</b>	<b>195</b>
9.1	Übersicht über die Hypothesen . . . . .	195
9.2	Stichprobe und Durchführung der Erhebung . . . . .	199
9.2.1	Validierung und Weiterentwicklung der neuentwickelten Skala . . .	202
9.2.2	Resultate zu den Haupthypothesen . . . . .	209

9.2.3	Ergebnisse zu den Nebenhypothesen . . . . .	211
<b>10</b>	<b>Diskussion</b>	<b>219</b>
10.1	Ökonomisierung des Gesundheitswesens und ihre Konsequenzen für den Pflegeberuf . . . . .	222
10.2	Die Motivation für den Pflegeberuf . . . . .	227
10.3	Die Überprüfung der Luhmannschen Theorie . . . . .	228
10.3.1	Der Zusammenhang von beruflicher Identität und Berufsethos . . .	228
10.3.2	Überprüfung der Skala zum Berufsethos der Pflege . . . . .	228
10.3.3	Praktische Implikationen . . . . .	231
10.3.4	Kündigungsabsicht in der Pflege . . . . .	236
10.3.5	Kündigungsabsicht und berufliche Identität . . . . .	240
10.3.6	Berufliche Identität und Arbeitszufriedenheit . . . . .	252
10.4	Diskussion der weiteren Ergebnisse und tabellarischer Überblick der Hy- pothesen . . . . .	259
10.5	Strategieframework: Umsetzung der theoretischen und empirischen Er- kenntnisse . . . . .	262
10.5.1	Ausgangslage und Handlungsfeld . . . . .	264
10.5.2	Strategien . . . . .	268
10.5.3	Abschluss . . . . .	281
10.6	Einschränkungen und Implikationen für weiterführende Forschungsprojekte	284
10.7	Schlussbetrachtung . . . . .	285
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>289</b>
<b>A</b>	<b>Anhang zur qualitativen Erhebung</b>	<b>323</b>
<b>B</b>	<b>Anhang zur quantitativen Erhebung</b>	<b>341</b>
<b>C</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>387</b>
<b>D</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>389</b>
<b>E</b>	<b>Curriculum Vitae Anja Huber</b>	<b>391</b>





---

# Abbildungsverzeichnis

6.1	Fazit der historischen Entwicklung des Pflegeberufs im Kontext von Ökonomisierung und Globalisierung . . . . .	118
7.1	Hauptphasen in der Entwicklung der Pflegeethik nach Monteverde (2009) . . . . .	140
7.2	Vorherrschendes Menschenbild der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und historische Einbettung (Kauffeld & Sauer, 2011; Ulich, 2011; von Rosenstiel & Nerdinger, 2011; Jacquemin, 2010) . . . . .	148
7.3	Das Bruggemann-Modell (Bruggemann et al., 1975) . . . . .	158
7.4	Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen (Eigene Abbildung in Anlehnung an Hayes et al., 2010; Lu et al., 2005, 2012 und Blegen, 1993) . . . . .	166
7.5	Kündigungsgründe von 1940 im Vergleich mit Aussagen der Interviewpartner zum heutigen Arbeitsalltag in der Pflege und Gründe, den Pflegeberuf nicht wiederzuergreifen oder nicht weiterzuempfehlen	169
7.6	Sozialpsychologisches Modell der Determinanten für Kündigungen nach Mobely et al. (1987) . . . . .	174
8.1	Ideal einer guten Pflegefachperson aus den Leitfadeninterviews . . . .	187
8.2	Kategorisierung in „ <i>self-oriented values</i> “ und „ <i>other oriented values</i> “ nach Fagermoen (1997) . . . . .	188
8.3	Historische Einbettung der Werte aus den Leitfadeninterviews und dem ICN-Kodex – Teil 1 . . . . .	190
8.4	Historische Einbettung der Werte aus den Leitfadeninterviews und dem ICN-Kodex – Teil 2 . . . . .	191
9.1	Thematischer Aufbau der Erhebung . . . . .	196
9.2	Verteilung der Altersgruppen in Prozent (n= 267) . . . . .	199
9.3	Verteilung der Arbeitsbereiche in Prozent (n= 267) . . . . .	199
9.4	Verteilung der Ausbildung in Prozent (n= 267) . . . . .	200
9.5	Verteilung der Kündigungsabsicht nach Mobley in Prozent (n= 267) .	201

## Abbildungsverzeichnis

9.6	Scree-Test: Weiterentwicklung der Skala zur Erfassung des Berufsethos in der Pflege . . . . .	205
9.7	Scree-Test: Weiterentwicklung der Skala zum Berufsalltag in der Pflege	207
10.1	Kontextveränderungen, damit verbundene Konsequenzen und Berufsbildveränderungen und Veränderungswünsche . . . . .	226
10.2	Übersicht über die Gründe der Berufswahl von Pflegenden. (Mehrfachantworten möglich, n= 267) . . . . .	227
10.3	Gegenüberstellung der Patientinnen- und Patientenerwartungen nach Cassier-Woidasky (1998) und der „ <i>other oriented values</i> “ der Pflegenden aus den qualitativen Interviews dieser Arbeit . . . . .	230
10.4	Kosten vor und nach der Anstellung von Pflegenden nach Jones (2004)	239
10.5	Pro- und Kontraargumente, den Pflegeberuf wieder zu ergreifen . . . .	245
10.6	Die Veränderungen im Pflegeberuf, die signifikant positiv mit dem Denken an eine Kündigung korrelieren . . . . .	247
10.7	Die Veränderungen im Pflegeberuf, die signifikant negativ mit dem Denken an eine Kündigung korrelieren . . . . .	248
10.8	Berufliche Identität und Formen der Arbeitszufriedenheit . . . . .	253
10.9	Zufriedenheitsauslösende Situationen – Patientenorientiert vs. Arbeit(-sbedingungen) . . . . .	255
10.10	Korrelationen der Formen der Arbeitszufriedenheit mit den Aussagen zum Arbeitsalltag in der Pflege . . . . .	258
10.11	Kontext für das Strategieframework . . . . .	267
10.12	Überblick über die sechs Felder, an welchen die Strategien des Frameworks ansetzen . . . . .	269
10.13	Übersicht über das Strategieframework . . . . .	283
10.14	Entwicklung Ausbildung und Pflegepraxis . . . . .	286
10.15	Übersicht über die mögliche Wirkweise der untersuchten Konstrukte .	288

---

# Tabellenverzeichnis

5.1	Gegenüberstellung der Gerechtigkeitsethik und Care-Ethik (Tabelle in Anlehnung an: Hiemetzberger, Messner & Dorfmeister, 2013, 60 und Gilligan, 1984, 212; Nunner-Winkler, 1991, 13; Gilligan, 1991, 84; Brucker, 1990, 129) . . . . .	86
8.1	Interviewleitfaden . . . . .	184
10.1	Gegenüberstellung der Faktoren, die die Nachfrage erhöhen vs. Faktoren, die das Angebot reduzieren (nach Oulton, 2006) . . . . .	237
10.2	Gegenüberstellung der Kosten und Vorteile von Kündigungen (nach Buchan, 2010) . . . . .	240
10.3	Überblick über die Charakteristiken jeder Generation (nach Gursoy, Maier & Chi, 2008) . . . . .	243
10.4	Übersicht über die Hypothesen . . . . .	260
A.1	Fragen und Anzahl Items nach der Überarbeitung . . . . .	324
A.2	Codeliste . . . . .	325
B.1	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Weiterentwicklung der Skala zum Berufsethos der Pflege . . . . .	342
B.2	Cronbachs-Alpha, wenn das Item gelöscht würde (im Rahmen der Weiterentwicklung der Skala zur Erfassung des Berufsethos in der Pflege) . . . . .	344
B.3	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Weiterentwicklung der Skala zum Berufsalltag in der Pflege . . . . .	346
B.4	Cronbachs-Alpha, wenn das Item gelöscht würde (im Rahmen der Weiterentwicklung der Skala zum Arbeitsalltag in der Pflege) . . . . .	349
B.5	Cronbachs-Alpha, wenn das Item gelöscht würde (im Rahmen der Weiterentwicklung der Skala zu den Veränderungen im Pflegeberuf) . . . . .	350
B.6	Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Weiterentwicklung der Skala zu den zufriedenheitsauslösenden Situationen im Pflegeberuf . . . . .	351

## Tabellenverzeichnis

B.7	Cronbachs-Alpha, wenn das Item gelöscht würde (im Rahmen der Weiterentwicklung der Skala zu den zufriedenheitsauslösenden Situationen im Pflegeberuf) . . . . .	353
B.8	Korrelationen nach Spearman für die berufliche Identität mit der Skala zur Erfassung des Berufsethos der Pflege . . . . .	354
B.9	Korrelationsmatrix berufliche Identität und Formen der Arbeitszufriedenheit . . . . .	356
B.10	Korrelationsmatrix berufliche Identität und Kündigungsabsicht . . . .	356
B.11	Korrelationsmatrix progressive und stabilisierte Arbeitszufriedenheit mit der Skala Berufsethos der Pflege . . . . .	357
B.12	Korrelationsmatrix Berufsethos und Kündigungsabsicht . . . . .	359
B.13	Korrelationsmatrix Phasen der Kündigungsabsicht und Formen der Arbeitszufriedenheit . . . . .	363
B.14	Korrelationsmatrix Skala zum Arbeitsalltag in der Pflege und berufliche Identität . . . . .	364
B.15	Korrelationsmatrix Skala zu den Veränderungen im Pflegeberuf und berufliche Identität . . . . .	365
B.16	ANOVA nach Kruskal-Wallis für die Altersgruppen hinsichtlich der beruflichen Identität . . . . .	366
B.17	Mann-Whitney-U-Test für den Unterschied von Geschlecht in Bezug auf die berufliche Identität . . . . .	366
B.18	Korrelationsmatrix berufliche Identität und zufriedenheitsauslösende Situationen . . . . .	367
B.19	Korrelationsmatrix Skala Aussagen zum Berufsalltag und Formen der Arbeitszufriedenheit . . . . .	368
B.20	Korrelationsmatrix Skala Veränderungen im Pflegeberuf und Formen der Arbeitszufriedenheit . . . . .	371
B.21	Korrelationsmatrix zufriedenheitsauslösende Situationen und Formen der Arbeitszufriedenheit . . . . .	374
B.22	Korrelationsmatrix Formen der Arbeitszufriedenheit und Ausbildungsgrad . . . . .	377
B.23	Mann-Whitney-U-Test für das Geschlecht und die Formen der Arbeitszufriedenheit . . . . .	377
B.24	Korrelationsmatrix Aussagen zum Berufsalltag in der Pflege und Kündigungsabsicht . . . . .	378
B.25	Korrelationsmatrix Veränderungen des Berufsalltags in der Pflege und Kündigungsabsicht . . . . .	381
B.26	Korrelationsmatrix Kündigungsabsicht und Alter . . . . .	383
B.27	Korrelationsmatrix Ausbildungsgrad und Kündigungsabsicht . . . . .	383
B.28	Mann-Whitney-U-Test das Geschlecht und die Formen der Arbeitszufriedenheit . . . . .	384
B.29	Korrelationsmatrix Phasen der Kündigungsabsicht . . . . .	385





# 1

## Einleitung

Ein Thema, das weltweit die Gesundheitswesen beschäftigt, sind die steigenden Kosten. Auch in der Schweiz wachsen die Kosten des Gesundheitssektors stetig, denn ein Gesundheitssystem auf hohem Qualitätsniveau ist teuer.<sup>1</sup> Der Prozentsatz der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) ist in der Zeit von 1996 bis 2011 von 9.7% auf 11.0% angestiegen.<sup>2</sup> Gemeinsam mit Deutschland und den USA besitzt die Schweiz das teuerste Gesundheitssystem der Welt.<sup>3</sup> Auch die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung stiegen zwischen 1996 und 2011 von 13.4 auf 26.2 Milliarden Franken. Gründe für die steigenden Kosten im Gesundheitswesen sind die weltweite Überalterung und steigende Lebenserwartung sowie die gestiegene Anspruchshaltung der Bevölkerung an die Gesundheitsleistungen. Diese Entwicklungen erhöhen zudem den Pflegebedarf.<sup>4</sup>

Um den steigenden Kosten zu begegnen, wurde weltweit, auch in der Schweiz, auf Wettbewerb als Steuerungsmechanismus gesetzt.<sup>5</sup> Markt und Wettbewerb sollen die Geldflüsse regulieren und die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen sicherstellen.<sup>6</sup> Als wichtiges Instrumentarium, um eine verbesserte Effizienz zu erreichen, dient in der Schweiz das DRG-System (DRG= Diagnosis Related Groups)<sup>7</sup>. Durch die Einteilung der Arbeit resp. Krankheiten in den Spitälern in Kategorien, wird eine Steuerung der Ressourcen und eine Reduktion der Komplexität angestrebt. Im DRG-System entspricht eine standardisierte Leistung einer bestimmten Behandlung, die mit einer Diagnose verbunden ist.<sup>8</sup>

Die ökonomischen Veränderungen im Gesundheitswesen (Ökonomisierung) führten zu einem zunehmenden Kostendruck im Zusammenhang mit kürzeren Aufenthaltsdauern

---

<sup>1</sup>BAG, 2005

<sup>2</sup>EDI, 2013

<sup>3</sup>BAG, 2005

<sup>4</sup>Kocher, 2011

<sup>5</sup>Böhlke et al., 2009

<sup>6</sup>Madörin, 2014

<sup>7</sup>„Diagnosis Related Groups: Dabei handelt es sich um ein Patientenklassifikationssystem, das Patienten anhand von medizinischen und weiteren Kriterien, wie z.B. Diagnosen, Behandlungen, Aufenthaltsdauer usw., in möglichst homogene Gruppen einteilt.“ (swissDRG AG, 2015)

<sup>8</sup>Kersting, 2007, 30ff



## 1 Einleitung

von Patientinnen und Patienten<sup>9</sup> in den Spitälern. Stark betroffen von der Ökonomisierung ist die grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen – die Pflege.<sup>10</sup>

Durch die veränderten Rahmenbedingungen ist das Pflegepersonal, aufgrund des wachsenden administrativen Aufwands, des Personalmangels sowie des ökonomischen Drucks, mit weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten konfrontiert. Diese Einflussfaktoren, um nur einige zu nennen, setzen die Pflegenden zunehmend unter Druck und erschweren es, gute Pflege zu leisten. Das wiederum führt dazu, dass es für Pflegefachpersonen schwieriger wird, sich mit dem Beruf zu identifizieren resp. eine berufliche Identität aufzubauen. Fehlt die Identifikation mit dem Beruf und erzeugen die Arbeitsbedingungen immer mehr Druck, kann dies darin resultieren, dass das Arbeitsfeld als „*moralisch unbewohnbar*“ wahrgenommen wird.<sup>11</sup> Die fehlende berufliche Identität und der moralische Druck können die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen negativ beeinflussen und Kündigungen begünstigen.

In diesem Zusammenhang muss auch auf die hohe Fluktuation im Gesundheitswesen hingewiesen werden, da diese ebenfalls ein Kostentreiber ist.<sup>12</sup> Gleichzeitig besteht der Anspruch einer stetigen Kostenreduktion für die pflegerischen Dienstleistungen und der Personalkosten, denn wirtschaftlich gesehen ist das Personal der Hauptproduktionsfaktor in der pflegerischen Dienstleistungserbringung, entsprechend hoch sind die Personalkosten. 70% der finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens werden für Personalkosten aufgewendet.<sup>13</sup> Diese Kosten lassen sich nur bedingt beeinflussen, da der Pflegebedarf auch in Zukunft stetig steigen wird. Was sich allerdings bis zu einem gewissen Grad beeinflussen lässt, sind die Kosten, die durch unerwünschte Fluktuationen entstehen. Vor diesem Hintergrund plädiert die OECD für eine nachhaltigere Personalpolitik zur Sicherung der Gesundheitsversorgung. Die OECD rät weiter, bei den Pflegeberufen darauf zu achten, dass ausgebildete Fachpersonen möglichst lange im Beruf verbleiben.<sup>14</sup> Eine Herausforderung für die Zukunft wird demnach sein, das Angebot und die Nachfrage an/nach qualifizierten Arbeitskräften im Gesundheitsbereich einander anzugleichen.<sup>15</sup>

## Ziel der Arbeit

Vor dem Hintergrund der zuvor skizzierten Ausgangslage setzt sich die vorliegende Arbeit mit den künftigen Herausforderungen im Pflegeberuf auseinander. Wie erwähnt, wird es für Pflegefachpersonen im ökonomisierten Arbeitskontext immer schwieriger,

---

<sup>9</sup>Wo nur die weibliche resp. männliche Form verwendet wird, ist implizit auch die männliche resp. weibliche Form gemeint. Aus Übersichtsgründen und zugunsten der Leserfreundlichkeit wurde teilweise auf die explizite Nennung der männlichen resp. weiblichen Form verzichtet.

<sup>10</sup>Imhof et al., 2010

<sup>11</sup>West, Griffith & Iphofen, 2007

<sup>12</sup>Cattaneo & Kwiatecki, 2012; Köhler & Goldmann, 2010

<sup>13</sup>BFS, 2007

<sup>14</sup>Hodel, 2012

<sup>15</sup>Balthasar, 2010

gute Arbeit zu leisten. Ihr Ideal von guter Pflege und die damit verbundenen Werte geraten zunehmend unter Druck. In einem Beruf wie der Pflege, der historisch gesehen stark über Werte getrieben, definiert und motiviert ist, erschwert die gegenwärtige Situation im Gesundheitswesen die Identifikation mit dem Beruf. Deshalb wird in dieser Arbeit erstmals das Berufsethos der Pflege empirisch untersucht, einerseits hinsichtlich seiner Zusammenhänge mit der beruflichen Identität, der Arbeitszufriedenheit und andererseits der Korrelationen mit der Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen in der Schweiz.

Die Forschungsdisziplinen der Psychologie, Pflegewissenschaft oder der Ökonomie haben sich ausgeprägt mit der Organisations- und Berufsentwicklung befasst. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit diesen Schwierigkeiten ist für das Gesundheitswesen noch nicht erfolgt. Ebenso fehlt eine tiefgreifende Auseinandersetzung mit dem Berufsethos auf der Basis der philosophischen Literatur und eine damit verbundene Operationalisierung. In dieser Arbeit soll erstmals das Berufsethos der Pflege in einer qualitativen und quantitativen Erhebung untersucht werden. Eine Kombination der verschiedenen Forschungsfelder könnte sowohl für die Theorie als auch für die Praxis neue Perspektiven bereitstellen. Durch eine, die berufliche Identität und das Berufsethos der Pflege berücksichtigende Berufsgestaltung könnten die Personalkosten sowie die Fluktuation gesenkt, die Arbeitszufriedenheit erhöht und die Attraktivität der Institutionen als Arbeitgeberinnen gesteigert werden. Spitäler und Kliniken kämpfen damit, ihre Humanressourcen besser nutzen zu können, um Wettbewerbsvorteile zu erlangen und mit dem steigenden Pflegebedarf umgehen zu können.<sup>16</sup> Daher könnten Gesundheitswesen in Zukunft von einer Berufsgestaltung profitieren, die die berufliche Identität und das Berufsethos integriert und Entwicklungsmöglichkeiten für Pflegefachkräfte bereitstellt.

Den Rahmen für diese Arbeit bildet die Theorie des Soziologen Niklas Luhmann. Luhmann diagnostizierte für helfende Berufe, wie den Pflegeberuf, in modernen Gesellschaften Herausforderungen für die Identitätsentwicklung und das Berufsethos. In der ökonomisierten Welt – so Luhmann – gerät das Berufsethos durch die fortschreitende Professionalisierung unter Druck und die Entwicklung einer beruflichen Identität wird in den Multioptionsgesellschaften immer schwieriger. Mit dieser Arbeit wird die teilweise empirische Überprüfung der Luhmannschen Theorie angestrebt.

## **Aufbau der Arbeit**

Da die Theorie von Luhmann den Rahmen für diese Arbeit liefert, wird diese einleitend skizziert (siehe Kapitel 2) Dabei liegt das Augenmerk auf den, für diese Arbeit relevanten Aspekten seiner Arbeit: Zum einen auf der Veränderung des Helfens sowie der helfenden Berufe als Folge gesellschaftlichen Wandels und zum anderen auf den Konsequenzen dieser Veränderungen für die berufliche Identität und das Berufsethos. Das Kapitel orientiert sich dazu an den folgenden Fragen:

---

<sup>16</sup>Tekleab et al., 2005

## 1 Einleitung

- Was bedeutet die Systemdifferenzierung nach Luhmann für die helfenden Berufe?
- Welche Auswirkungen hat die Systemdifferenzierung auf die berufliche Identität und das Berufsethos (des Pflegeberufs)?

In Kapitel 3 wird auf die Debatte der Kombination von Ethik und Empirie eingegangen. Dies, weil in dieser Arbeit eine ethische Fragestellung Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung ist. Das Kapitel nimmt die Bedenken von Philosophie und Ethik resp. den Sozialwissenschaften zur (Nicht-)Verwendung der sozialwissenschaftlichen Methodologie in der Ethik auf und geht auf die Ursprünge der Debatte ein. Leitfragen zu diesem Kapitel sind:

- Worum geht es in der Debatte zur Verwendung von sozialwissenschaftlichen Methoden in der Ethik?
- Welches sind die wichtigsten Pro- und Kontraargumente für den Einsatz von sozialwissenschaftlichen Methoden bei ethischen Fragestellungen aus Sicht der Ethik und aus Sicht der Sozialwissenschaften?

Kapitel 4 dieser Arbeit befasst sich mit der historischen Entwicklung des Pflegeberufs. Um die aktuellen Charakteristiken des Pflegeberufs, die Herausforderungen und das Berufsethos der Pflege verstehen zu können, braucht es den Blick in die Vergangenheit. Das Ziel dieses Teils besteht darin, aufgrund einer historischen Analyse, ein tieferes Verständnis für die gegenwärtige Situation und für die bestehenden Schwierigkeiten in der Pflege zu entwickeln sowie das Fundament für die weiteren Ausführungen dieser Arbeit zu legen. Nachdem die historischen Etappen beschrieben worden sind, können ihre Auswirkungen auf das Gesundheitswesen und den Pflegeberuf als Ganzes abgeschätzt und die aktuelle Situation vor ihrem Hintergrund beurteilt werden. Zur Orientierung werden folgende Fragestellungen hinzugezogen:

- Wie hat sich der Pflegeberuf entwickelt?
- Wie haben sich die Rahmenbedingungen im Pflegeberuf verändert?
- Was waren einschneidende Veränderungen und Errungenschaften im Pflegeberuf?

Im Anschluss an die Ausführungen zur historischen Entwicklung des Pflegeberufs wird vor der Einführung in die Ökonomisierung im Gesundheitswesen die Care-ethische Debatte thematisiert (siehe Kapitel 5). Im Zuge der Professionalisierung des Pflegeberufs hat sich das Bedürfnis nach einer eigenen Ethik entwickelt. Diesem trägt die Care-Ethik Rechnung, weshalb sie vollständigshalber kurz erklärt wird. Der klassischen Gerechtigkeitsperspektive wird durch die Care-Ethik, als Ethik der Pflege, die Fürsorgeperspektive gegenübergestellt. Die Fürsorgeperspektive thematisiert die Bedeutung von Beziehungen und Fürsorge im gegenseitigen Umgang. Dieses Kapitel orientiert sich an den folgenden Fragen:

- Welche Umstände führten zur Care-ethischen Debatte?
- Welches sind die wichtigsten Pro- und Kontraargumente in dieser Debatte?

In einem nächsten Kapitel (siehe Kapitel 6) wird das Fazit der historischen Entwicklung im Kontext der Ökonomisierung und politischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sowie deren Folgen für den Pflegeberuf betrachtet. Dies, weil insbesondere die Ökonomisierung die heutigen Arbeitsbedingungen in der Pflege stark beeinflusst hat. Dieses Kapitel dient als Bindeglied zwischen dem historischen Teil und den theoretischen Grundlagen resp. der Erhebung dieser Arbeit. Dabei dienen folgende Fragen als Rahmen:

- Wie sieht die Ökonomisierung im Gesundheitswesen aus und welche Konsequenzen hat sie für die Pflegearbeit?
- Was impliziert die Vergangenheit für die Gegenwart des Schweizerischen Gesundheitswesens?

In Kapitel 7 werden die theoretischen Grundlagen und die Befundlage zur beruflichen Identität, dem Berufsethos, den Formen der Arbeitszufriedenheit sowie der Kündigungsabsicht dargelegt. Diese Aufbereitung dient dazu, die Hypothesen für die quantitative Erhebung zu definieren und zu schärfen sowie die Begrifflichkeiten zu klären. Folgende Leitfragen sind Gegenstand dieses Kapitels:

- Wie werden die Begrifflichkeiten definiert?
- Wie sieht die Befundlage zur beruflichen Identität, dem Berufsethos, den Formen der Arbeitszufriedenheit sowie der Kündigungsabsicht für die Stichprobe der Pflegefachpersonen aus?

Kapitel 8 gibt die Resultate der empirischen Erhebung wieder. Die Erhebung umfasst zwei Teile: In der ersten Erhebung wird die Skala zum Berufsethos der Pflege entwickelt. Da noch keine Instrumente für eine quantitative Erfassung des Berufsethos der Pflege existieren, wurden für die Operationalisierung qualitative Leitfadeninterviews mit Pflegefachpersonen geführt. In einem nächsten Schritt wurde die daraus abgeleitete Skala bei einer Teststichprobe getestet. Die daraus gewonnen Erkenntnisse dienen der Verbesserung der Skala und wurden im Anschluss in einer weiteren Erhebung getestet. Die zweite Erhebung ist quantitativer Natur (siehe Kapitel 9) und verwendet die neuentwickelte Skala zum Berufsethos der Pflege. Diese Skala wurde durch bereits etablierte Messinstrumente zur beruflichen Identität, den Formen der Arbeitszufriedenheit und der Kündigungsabsicht ergänzt. Für die Analyse werden Häufigkeitsverteilungen, Stichprobenvergleiche und Korrelationen gerechnet und wo sinnvoll Moderator- und Mediatoranalysen eingesetzt. Handlungsleitend sind in diesem Teil die folgenden Fragen:

- Kann eine Skala zur Erfassung des Berufsethos abgeleitet werden resp. kann die Skala so weiterentwickelt werden, dass sie den Anforderungen für eine quantitative Erhebung entspricht?
- Können die Hypothesen aus Kapitel 7 zu den theoretischen Grundlagen bestätigt werden?

## 1 Einleitung

Kapitel 10 schliesslich diskutiert in einer abschliessenden Synthese die empirischen Befunde vor dem Hintergrund der historischen Entwicklung, der ökonomischen Rahmenbedingungen des Pflegeberufs sowie der theoretischen Grundlagen. Ziel dabei ist, die Erkenntnisse der vorhergehenden Teile der Arbeit zusammenzuführen und den Leserinnen und Lesern ein abschliessendes Gesamtbild zu präsentieren. Die Leitfragen zu diesem Teil sind:

- Wurden die Hypothesen bestätigt und wie lassen sich die Ergebnisse zu den Hypothesen erklären / kontextualisieren?
- Was sind mögliche praktische Implikationen der Ergebnisse?

Ausserdem werden in einem praktischen Ausblick bestehende Handlungsfelder benannt und mögliche Handlungsoptionen für die Praxis bereitgestellt (siehe Kapitel 10.5). Dazu wird ein sogenanntes Strategieframework entwickelt, mit Strategien für die praktische Implementierung der Erkenntnisse dieser Arbeit. Einerseits geht es darum, Möglichkeiten des Strategieframeworks für die Personal- und Organisationsentwicklung aufzuzeigen. Andererseits geht es darum, die Möglichkeiten des Spitals als Teil der Gesellschaft zu nutzen und das Bild des Pflegeberufs mitzugestalten. Das Strategieframework thematisiert ausserdem das Zusammenspiel von Ausbildung und Praxis. Dieses Teilkapitel orientiert sich an den folgenden Leitfragen:

- Wie sieht die Ausgangslage aus und wo bestehen Handlungsfelder für die Personal- und Organisationsentwicklung in Spitälern?
- Welche Strategien eignen sich für die Bearbeitung der identifizierten Handlungsfelder?

## 2

# Die Luhmannsche Diagnose: Die Beziehung des Helfens wird sentimentalisiert

Als Heranführung an die Schwerpunkte dieser Arbeit widmet sich dieses einführende Kapitel der Theorie von Niklas Luhmann. Luhmann diagnostizierte in seiner Arbeit, dass in modernen und ökonomisierten Gesellschaften Rollenkompetenzen für Berufe immer wichtiger werden. Diese Entwicklung erschwert den Stand des Berufsethos oder die Entwicklung der beruflichen Identität in der heutigen Arbeitswelt. In der Pflegearbeit haben das Berufsethos und die berufliche Identität einen besonderen Stellenwert, weil bei helfenden Berufen Werte und Menschen im Zentrum stehen. Diese Arbeit kann als Teil der empirischen Überprüfung der Luhmannschen Diagnose gesehen werden, angewendet auf die Aspekte der Veränderung des Berufsethos und der beruflichen Identität in der Pflege. Im Folgenden werden diese Diagnose und die Parallelen zu vorliegender Arbeit näher ausgeführt. Bevor jedoch auf die beiden Punkte eingegangen wird, folgen einsteigend einige allgemeine Erläuterungen zur Theorie Luhmanns.

Für Niklas Luhmann als Soziologe stellte das Individuum einen wichtigen Untersuchungsgegenstand der empirischen Sozialforschung dar. Obwohl sich die Soziologie von der Psychologie abgrenzen wollte, hat sie sich stets weiter mit dem Individuum beschäftigt. Luhmann sieht die besondere Bedeutung des Individuums für die Soziologie im Verhältnis zur Gesellschaft. Er beschreibt das Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft<sup>1</sup> als Steigerungsverhältnis und meint damit, dass immer anspruchsvollere Kollektivziele, ein starker Staat und individuelle Freiheit unter bestimmten Bedingungen als Form einer Steigerung erreicht werden.<sup>2</sup> Luhmann orientiert sich dabei an der alteuropäischen Gesellschaftstradition, die davon ausgeht, dass sich die sozialen Bedingungen der menschlichen Existenz in abträgliche und förderliche Bedingungen unterscheiden lassen. Soziale Herausforderungen wurden in diesem Verständnis mit der Formel *pax et justicia*, also Frieden und Gerechtigkeit, zu lösen versucht. Das bedeutet: Die politische Herrschaft

---

<sup>1</sup> „In der von Aristoteles ausgehenden Schultradition wurde Gesellschaft als *koinonia politike* bzw. *societas civilis* definiert. Wir können koinonia als Sozialsystem übersetzen, wenn wir den unterschiedlichen Grad an Abstraktheit im Auge behalten.“ (Luhmann, 1971, 7)

<sup>2</sup>Luhmann, 1989, 151

## 2 Die Luhmannsche Diagnose: Die Beziehung des Helfens wird sentimentalisiert

musste und konnte sich diesen Herausforderungen annehmen.<sup>3</sup>

Nach diesen allgemeinen Erklärungen führt Luhmann in die Systemdifferenzierung ein. In der Auseinandersetzung mit den sozialen Bedingungen kam der Gedanke der Arbeitsteilung auf, der sich schliesslich zum Konzept der Rollendifferenzierung und dann zum Konzept der Systemdifferenzierung weiterentwickelt hat. Im Zuge dieser Entwicklungen entstanden Berufe wie z.B. der Pflegeberuf. Zur Systemdifferenzierung schreibt Luhmann (1989):

*„Zunehmende Differenzierung wird damit zur Zentralaussage der soziologischen Theorie, zu ihrer Charakterisierung der modernen Gesellschaft; und daraus erklärt sich, dass diese Gesellschaft mehr Individualität verspricht und erzeugt als jede Gesellschaft vor ihr.“<sup>4</sup>*

Die Systemdifferenzierung wird als Merkmal der modernen Gesellschaft beschrieben und prägt die Identität und Individualität von Individuen. Diese Grundannahmen der Theorie der Gesellschaft von Luhmann sollen nachfolgend erläutert werden – mit einem starken Bezug auf die Veränderungen des Helfens in der Gesellschaft. Denn die gesellschaftliche Differenzierung wirkte sich nicht nur auf „*helfende*“ Berufe wie den Pflegeberuf aus, sondern veränderte das „*Helfen*“ in der Gesellschaft an und für sich.

Für Luhmann ist es die Gesellschaft<sup>5</sup>, die durch die zunehmende Differenzierung die Individualität der Individuen steigert. Dabei, betont Luhmann, ermöglicht die Differenzierung eine höhere Komplexität in einem Gesellschaftssystem, ohne diese zwingend zu realisieren. Die soziale Ordnung darin entsteht durch die Sozialisation der Individuen im Hinblick auf die Kultur. Daraus wächst, dass das Individuum lernt, zwischen einer persönlichen, also sich selbst und einer sozialen, also den sozialen Anforderungen entsprechenden Identität zu unterscheiden.<sup>6</sup> Eine besondere Herausforderung stellt dieser Umstand für die helfenden Berufe, für diese Arbeit den Pflegeberuf, dar. Das in der Gesellschaft vorherrschende Berufsbild der Pflege ist stark differenziert und mit hohen Erwartungen verknüpft, ebenso wie mit hohen Erwartungen an das Berufsethos. Für Pflegenden ist es deshalb oft schwierig, zwischen der persönlichen und sozialen Identität zu unterscheiden, da – wie sich in der Arbeit zeigen wird – ihr Berufsethos sehr klar ist, doch sie den eigenen und fremden Erwartungen im ökonomisierten Arbeitskontext zunehmend erschwert gerecht werden können. In Kapitel 4 zur historischen Entwicklung des Pflegeberufs werden diese Entwicklungen näher beleuchtet. Auch Luhmann befasste sich mit der geschichtlichen Entwicklung der Gesellschaft. In diesem Zusammenhang möchte ich nochmals Luhmann (1989) zitieren:

*„Wenn wir davon auszugehen haben, dass die Gesellschaft nicht nur die Individualität der Individuen, sondern auch eine Semantik produziert, mit der*

---

<sup>3</sup>Luhmann, 1971

<sup>4</sup>Luhmann, 1989, 151

<sup>5</sup>„Gesellschaft ist dasjenige Sozialsystem, das die letzterreichbare Form funktionaler Differenzierung institutionalisiert.“ (Luhmann, 1971, 15)

<sup>6</sup>Luhmann, 1989

*sie das Verhältnis von Gesellschaft und Individuum beschreibt, so verspricht die historische Analyse auch in dieser Hinsicht einen Ertrag.“<sup>7</sup>*

In einfachen Gesellschaften ist die Orientierung am Individuum gross und die Gesellschaft akzeptiert jeden, „sofern er zur Gesellschaft gehört, in seinen Eigenarten“.<sup>8</sup>

*„Die Individualität ist mit Namen, Bekanntsein, Rechten und Pflichten und vor allem mit Aufgehobensein in einem sozialen Kontext von Leistungen und Gegenleistungen durch soziale Inklusion gegeben. Der Fremde hat keine Individualität, weil man mit ihm nach Belieben verfahren kann.“<sup>9</sup>*

Hier soll der Bezug zu den Luhmannschen Ausführungen zum „*Helfen im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen*“ hergestellt werden. Luhmann beschreibt, dass sich die Vorstellung des Helfens in Abhängigkeit der Lage des Gesellschaftssystems verändert. Eine Herausforderung in Bezug auf das Helfen in sozialen Systemen ist die Verschiedenartigkeit der menschlichen Bedürfnisse und die Zeitdifferenzen, wann die Bedürfnisse auftreten. In Abhängigkeit zur gesellschaftlichen Evolution verändern sich nach Luhmann die Formen des Helfens. Dazu unterscheidet er zwischen drei Gesellschaftstypen. Der erste Gesellschaftstyp, wie oben skizziert, sind archaische Gesellschaften. Sie zeichnen sich durch eine geringe Komplexität aus und bestimmen die Arbeitsteilung basierend auf Geschlechts- und Altersrollen. Das „*Helfen*“ sieht in erster Linie die wechselseitige Hilfe als normierte Pflicht und richtet sich primär an die Befriedigung von Grundbedürfnissen, die allen bekannt sind. Merkmal dabei ist: „*Situationen und Notlagen sind durchweg vertraut, die Beteiligten kennen sich.*“ Dies erleichtert das „*Auslösen von Hilfs-handlungen*“.<sup>10</sup>

In archaischen Gesellschaften ist die Reziprozität des Helfens nicht institutionalisiert. Das Helfen hat eher den Charakter einer Gabe. Dies erklärt sich ebenfalls durch die damals vorherrschenden magisch-religiösen Vorstellungen in der Gesellschaft (weitere Ausführungen dazu sind in Kapitel 4 zur historischen Entwicklung des Pflegeberufs zu finden). Festzuhalten ist überdies:

*„Hilfe wird in der Form von Hilfs- und Abgabepflichten dann und nur dann ausgelöst, wenn Überschüsse vorhanden sind. Dankesverpflichtungen bleiben unspezifiziert und nach Bedarf und Umständen auslösbar: Sie können in wirtschaftlichen Gegenleistungen, Arbeit, Unterwerfung, Prestigezuweisung, Kampfeshilfe oder wie immer – also quer durch alle Funktionsbereiche der Gesellschaft – erfüllt werden.“<sup>11</sup>*

In komplexeren Sozialverhältnissen jedoch werden die individuellen Eigenarten zunehmend unterdrückt und die Selbstdisziplinierung wächst. Doch noch immer findet die

---

<sup>7</sup>Luhmann, 1989, 153

<sup>8</sup>Luhmann, 1989, 156

<sup>9</sup>Luhmann, 1989, 156

<sup>10</sup>Luhmann, 2005, 168ff

<sup>11</sup>Luhmann, 2005, 168ff



## 2 Die Luhmannsche Diagnose: Die Beziehung des Helfens wird sentimentalisiert

Individualisierung durch Inklusion statt. Die Zuordnung der Personen geschieht dort allerdings über die Entstehung von sozialen Schichten, Ständen und Kasten. Damit wird der Zugang zu Statuspositionen beschränkt. Inklusionsregulative bilden in diesen Gesellschaften disziplinierter Individualität Familien und Haushalte.

*„Die Stratifikation bewahrt gewissermassen die alte segmentäre Gesellschaftsordnung innerhalb der einzelnen Schichten, weil sie nur so die Individuen placieren, nämlich Individuen sein lassen kann.“<sup>12</sup>*

Eine weitere Form gesellschaftlicher Differenzierung ist der Übergang zur funktionalen Systemdifferenzierung. Luhmann beschreibt diese wie folgt:

*„Was früher als normal erschien, ist jetzt ausgeschlossen. Die Einzelperson kann nicht mehr einem und nur einem gesellschaftlichen Teilsystem angehören. Sie kann sich beruflich/professionell im Wirtschaftssystem, im Rechtssystem, in der Politik, im Erziehungssystem usw. engagieren, und in gewisser Weise folgt der soziale Status den beruflich vorgezeichneten Erfolgsbahnen; aber sie kann nicht in einem der Funktionssysteme allein leben. Da die Gesellschaft aber nichts anderes ist als die Gesamtheit ihrer internen System/Umwelt-Verhältnisse und nicht selbst in sich selbst als Ganzes nochmals vorkommen kann, bietet sie dem Einzelnen keine Ort mehr, wo er als „gesellschaftliches Wesen“ existieren kann. [...] Das Individuum kann nicht mehr durch Inklusion, sondern nur noch durch Exklusion definiert werden. [...] Und in der Semantik kommt dies dadurch zum Ausdruck, dass das Individuum nicht mehr als bekannt, sondern als unbekannt eingeschätzt wird.“<sup>13</sup>*

Das heisst, dass es keine Räume mehr gibt, wo die Person als Gesamtperson in die Gesellschaft kommen kann.<sup>14</sup> Mit der Evolution dieses Gesellschaftssystems wird definiert, wie Inklusion möglich ist. Durch die Differenzierung des Systems wandeln sich auch die Bedingungen für die Inklusion. In diesem Zusammenhang ist die Sozialisation zu erwähnen. Sie ist eine Konsequenz der Inklusion, wobei die Inklusion gleichzeitig auch eine Konsequenz der Sozialisation ist. Früher fand die Inklusion resp. Sozialisation ausschliesslich über den Familienverbund statt. Kurz gesagt: *„Man wurde dort sozialisiert, wo man sein gesellschaftliches Leben zu führen hatte: im Hause“*. Ab dem 16. Jahrhundert und speziell mit der Erfindung des Buchdrucks änderten sich die verfügbaren Instrumente und Mechanismen für die Integration und Sozialisation. So entwickelte sich damals das *„copie“*-Motiv. Die Reflexion geschah im Vergleich mit anderen und die Buchlektüre war an das eigene Leben angelehnt, bot Parallelen dazu und beeinflusste die Reflexion über die eigene Identität. Im 17. Jahrhundert wurde das Individuum durch seine Beziehung zu anderen bestimmt, insbesondere durch seinen Geburtsstand. Diese Statuszuweisung war verhaltensregulierend.<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup>Luhmann, 1989, 157

<sup>13</sup>Luhmann, 1989, 158

<sup>14</sup>Hellmann, 1996

<sup>15</sup>Luhmann, 1989

Was bedeuten diese Ausführungen nun für das „Helfen“? Die beschriebene höhere Komplexität weisen die sogenannten hochkultivierten Gesellschaften auf. Sie kennen bereits funktionale Differenzierung und das Leben findet in den Städten mehrheitlich nach wirtschaftlichen Grundsätzen statt, ebenso die Arbeitsteilung. In der Arbeitsteilung liegt die grösste Veränderung: In Landwirtschaft, Gewerbe und Handel orientiert sich die Arbeitsteilung an der Produktivitätssteigerung. Hier wird der Übergang zur Spezialisierung in den Berufen deutlich. Diese Spezialisierung konnte auch in den helfenden Berufen beobachtet werden. Lange Zeit galten beispielsweise Barmherzigkeit und Caritas als gesellschaftliche Leitmotive in der Pflege. Mit der Entstehung der Städte und der Herausbildung komplexerer Gesellschaftsstrukturen wurde die Caritas zunehmend durch Organisation, Systematisierung und Kompetenzen abgelöst.<sup>16</sup> Für die Entwicklung des Helfens bedeutet das für Luhmann (2005):

*„Durch Arbeitsteilung und Schichtendifferenzierung entfällt ein wesentliches Moment der Motivation zu unmittelbarer Reziprozität des Helfens: die Reversibilität der Lagen. Die Fälle werden seltener und strukturell bedeutungslos, in denen der Helfende hilft, weil er selbst in die Lage dessen kommen kann, dem er hilft – mag er nun durch die Hoffnung auf Gegenleistung der durch eine Sich-selbst-in-der-Lage-des-andern-Sehen motiviert sein.“<sup>17</sup>*

Die Hilfe wird zur Tugend und ist in hochkultivierten Gesellschaften individualistisch moralisiert. Sie wird als gute Tat verstanden.<sup>18</sup> Luhmann (2005) schreibt dazu:

*„Hilfe ist nicht mehr, wie in elementaren Interaktionen oder auch in archaischen Gesellschaften, ein statuskonstituierendes Prinzip; sie drückt einen schichtenmässig gefestigten Status nur noch aus, ist Statussymbol, Standespflicht, in mehr häuslich-patrimonialen Verhältnissen auch fürsorgliche Verantwortung – in jedem Fall eine Ventilsitte der Schichtendifferenzierung. [...] In hochkultivierten Gesellschaften beruhte das Helfen noch auf der moralisch generalisierten, schichtenmässig geordneten Erwartungsstruktur [...].“<sup>19</sup>*

Die moderne Gesellschaft schliesslich umfasst die gesamte bewohnte Welt und ist in den Bereichen Politik, Wirtschaft oder Forschung in hohem Masse funktional differenziert.<sup>20</sup> Heute wird der Mensch noch immer durch seine Schichtzugehörigkeit bestimmt und spezifiziert. Es ist allerdings so, dass das Individuum in der Lage ist, durch Reflexion seine eigene Identität zu bestimmen. In der Moderne gibt es mehrere Selbst, mehrere Identitäten, da der Mensch gleichzeitig Teil verschiedener sozialer Umwelten ist.<sup>21</sup> Luhmann beschreibt die Individualität wie folgt:

*„Die Individualität ist dem Individuum schon immer gegeben, sie ist nicht*

---

<sup>16</sup>Luhmann, 2005

<sup>17</sup>Luhmann, 2005

<sup>18</sup>Luhmann, 2005

<sup>19</sup>Luhmann, 2005, 174ff

<sup>20</sup>Luhmann, 2005

<sup>21</sup>Luhmann, 1989

## 2 Die Luhmannsche Diagnose: Die Beziehung des Helfens wird sentimentalisiert

*etwas, was man durch Einzigartigkeitsbeweise erst erringen müsste oder auch nur könnte. Man kann seine eigene Einzigartigkeit – oder auch nur: dass man anders ist als die anderen – nicht kommunizieren, denn allein dadurch würde man sich mit den anderen vergleichen.“<sup>22</sup>*

### Exkurs

Für Luhmann ist das Krankheitssystem oder das Krankenbehandlungssystem eines „*der grossen ausdifferenzierten Systeme der modernen Gesellschaft*“. (Pelikan, 2007) Luhmann (2009) sieht das System der Krankenbehandlung als „*ein autonomes Funktionssystem der Gesellschaft*“, das allerdings an das Wirtschafts- und Rechtssystem gekoppelt ist.

Typisch für ein ausdifferenziertes Funktionssystem ist für Luhmann die binäre Codierung:

*„In allen diesen Fällen beeindruckt die Festlegung auf nur zwei Werte und der Ausschluss von dritten Möglichkeiten, was (allerdings nur scheinbar) logische Manipulierbarkeit und hohe Technizität des Umformens eines Wertes in den anderen verspricht. [...] Zugleich ermöglicht diese Codierung [...] eine unzweideutige Zuordnung zu jeweils einem und nur einem Funktionssystem. Immer wenn es um Recht oder Unrecht geht, handelt es sich um eine Operation des Rechtssystems [...]“* (Luhmann, 2009)

Für das Rechtssystem ist die binäre Codierung Recht und Unrecht, für die Wirtschaft „*die Unterscheidung von Eigentum/Nichteigentum an bestimmten Sachen oder die Unterscheidung von bestimmten Preisen*“. Die binäre Codierung für das „*System der Krankenbehandlung*“ lautet „*krank*“ und „*gesund*“. Dabei ist der positive Wert die Krankheit und der negative Wert die Gesundheit:

*„Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist. Kommen wir nur zum Überschneidungsbereich von Medizin und Wirtschaft. Die Überschneidung betrifft den Bereich, wo Krankenbehandlung unter dem Gesichtspunkt von Knappheit und Kosten beurteilt wird. [...] Das Ziel der Gesundheit ist politisch so fest etabliert, dass Geldmittel dafür nicht (oder nur auf indirekte, so gut wie unsichtbare Weise) verweigert werden können.“* (Luhmann, 2009, 181)

*„Krankheiten oder Verletzungen, die sich als Schmerzen anzeigen, haben von daher eine durchschlagende, nicht terminierte Priorität. Diese liegt nicht an einer sozialen Hierarchie oder an einer Ordnung von Wertpräferenzen, sondern schlicht an der alarmierenden Gleichzeitigkeit des Körpers. [...] Alles, was mit dem Körper geschieht, kann nur gleichzeitig mit dem Körper ge-*

---

<sup>22</sup>Luhmann, 1989, 182

*schehen. Das gilt dann schliesslich auch für die Kommunikation mit dem Kranken. Kaum in anderen sozialen Situationen hat die Gegenwart eine so ausschlaggebende Rolle.“(Luhmann, 2009, 181)*

Für das „Helfen“ haben diese Entwicklungen ebenfalls Implikationen: Heute gibt es nur noch eine Gesellschaft, nämlich die Weltgesellschaft und diese hat sich als „*System der Geldwirtschaft ausdifferenziert und hat gesellschaftlich fundierte Institutionen des Helfens verdrängt. Geld ist das effektivere funktionale Äquivalent für Hilfe und Dankbarkeit.*“<sup>23</sup> Luhmann (1989) schreibt, dass die Ausbildungen in ihrer Relevanz überschätzt werden, dadurch, dass sich das Leben zunehmend an der Karriere orientiert. Er spricht sogar von Karriere als „*universeller Lebensform*“.<sup>24</sup> Der Beruf wird zum wesentlichen Element der Identität einer Person und entwickelt sich zum Bindeglied zwischen Sozialstruktur und Person. Der Beruf bezieht sich zunehmend auf das menschliche Arbeitsvermögen und „*kennzeichnet darin die jeweils spezifische Kombination von Fähigkeitsselementen, die als institutionalisierte und damit überindividuelle Vorgaben von Individuen erworben werden und das jeweilige Arbeitsvermögen prägen.*“<sup>25</sup> Durch die zunehmende Differenzierung wachsen auch die Ansprüche und können nicht mehr, weder im Privaten noch im Arbeitsleben, noch durch den Markt vollends befriedigt werden. Auch werden die Ansprüche mehr und mehr an Organisationen adressiert und führen zu neuen Formen von Abhängigkeiten. Dies wurde bestärkt durch die Theorie des Marktes, „*die alles erlaubt, was verkauft und bezahlt werden konnte.*“<sup>26</sup> In der vorliegenden Arbeit wird in den Ausführungen zur Ökonomisierung im Gesundheitswesen die Diagnose von Luhmann überprüft. Marktgrundsätze halten immer mehr Einzug in die Arbeit von Gesundheitsfachpersonen und beeinflussen ihre berufliche Identität und ihr Berufsethos. Für die berufliche Identität und das Berufsethos von Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden bedeuten diese Entwicklungen: „*Helfende*“ Professionen, die dem klassischen Typus entsprechen, wie Priester, Ärzte oder Juristen aber auch Pflegefachpersonen, welche sich durch eine auf das Helfen ausgelegte Berufsmoral auszeichnen. Luhmann (2005) diagnostiziert, dass diese Berufsmoral zunehmend unter Druck gerät:

*„Zu all dem gehört die Präntention, dass die Hilfe nicht im eigenen Interesse des Helfenden liegt und daher nicht reziprok vergolten wird, sondern nur „honoriert“ wird. Diese für die klassischen Professionen eigentümliche Kombination von Problembezug, Freiheiten und Bindungen gehört in hochkultivierte Gesellschaften und wird heute nur noch als Attrappe fortgeführt.“<sup>27</sup>*

Dies führt dazu, dass das Ethos zunehmend durch Rollenkompetenzen ersetzt wird: Immer mehr sind Motivation und Qualifikationen (Ausbildung) Voraussetzungen für das

---

<sup>23</sup>Luhmann, 2005, 181

<sup>24</sup>Luhmann, 1989

<sup>25</sup>Gildemeister & Robert, 1987

<sup>26</sup>Luhmann, 1989

<sup>27</sup>Luhmann, 2005, 174

## 2 Die Luhmannsche Diagnose: Die Beziehung des Helfens wird sentimentalisiert

Helfen und entscheidend für die Gestaltung der Arbeit in Berufen des „Helfens“.<sup>28</sup>

*„In diesem Rahmen ist die Entscheidung, zu helfen oder nicht zu helfen, nicht Sache des Herzens, der Moral oder der Gegenseitigkeit, sondern eine Frage der methodischen Schulung und der Auslegung des Programms, mit dessen Durchführung man während einer begrenzten Arbeitszeit beschäftigt ist.“<sup>29</sup>*

Dies, weil die Wirtschaft in alle Bereiche vordringt und die führende Stellung in der Gesellschaft einnimmt. *„Der Geldmechanismus wird universell in dem Sinne, dass er nahezu alle Befriedigungsmöglichkeiten vermittelt.“<sup>30</sup>* Und alle Leistungen in der Gesellschaft werden so zunehmend *„kapitalisiert“*. Das Kapital ist es denn auch, so Luhmann (2005), was an die Stelle der Dankbarkeit tritt. Dazu schreibt Luhmann (2005) weiter:

*„Die Beziehung des Helfens und Dankens wird – sehr deutlich wiederum bei Adam Smith und im gesamten Freundschaftskult des 18. Jahrhunderts – privatisiert und sentimentalisiert.“<sup>31</sup>*

Abschliessend kann festgehalten werden: Die zunehmende Differenzierung der Gesellschaft und damit verbunden des Gesundheitswesens führte zur Professionalisierung in der Pflege.<sup>32</sup> Der hohe Differenzierungsgrad impliziert, dass die sozialen Bezugsgruppen als Referenzpunkt, als Identifikationsquelle und als moralische Richtlinie dienen. Somit gilt die Moral nicht mehr für die Gesamtgesellschaft, sondern nur noch in der Form von Subkulturen.<sup>33</sup> Das verändert die Stellung und Bedeutung des Berufsethos. Wie das Berufsethos der Pflege konkret aussieht und wie es sich im Zuge der zunehmenden gesellschaftlichen Differenzierung verändert hat, soll in dieser Arbeit thematisiert und untersucht werden. Eng damit verbunden ist die berufliche Identität. Durch die Differenzierung und die wachsenden Dimensionen und Beziehungen im Gesundheitswesen wird es für Pflegefachpersonen immer schwieriger, das Objekt ihrer Arbeit klar zu benennen.<sup>34</sup> Denn im Zuge des *„Um-sich-greifens“* ökonomischer Prinzipien kam die Forderung nach mehr Zeitsouveränität in der Pflege.<sup>35</sup> Hier stellt sich eine Herausforderung: Der Beruf wird zum *„Medium gesellschaftlicher Teilhabe“* und zur *„Brücke zur Gesellschaft“*.<sup>36</sup> Die Bedeutung des Berufs für die Identität verdeutlichen Gildemeister & Robert (1987) eindrücklich:

*„Als „Fähigkeitsschablone“, die den einzelnen auf einen bestimmten Bereich festlegt, ist der Beruf weiterhin eine der Quellen des Selbstbildes. In der Wahrnehmung durch andere – der Fremdidentifizierung des einzelnen – wer-*

---

<sup>28</sup>Luhmann, 2005, 178

<sup>29</sup>Luhmann, 2005, 178

<sup>30</sup>Luhmann, 2005, 178

<sup>31</sup>Luhmann, 2005, 176

<sup>32</sup>Stein Backes et al., 2012

<sup>33</sup>Hellmann, 1996

<sup>34</sup>Stein Backes et al., 2012; Luhmann, 2005, 176

<sup>35</sup>Giebel & Apfelbacher, 2006

<sup>36</sup>Gildemeister & Robert, 1987

*den Beruf und Person oft tendenziell in eins gesetzt, wird der Beruf als Indikator dafür gesehen, „wer die Person ist“.*<sup>37</sup>

Dass der Beruf, speziell der Pflegeberuf ein wichtiges Untersuchungsfeld ist, wird aufgrund des „Gefühls des eigenen Könnens“ als Basis der professionellen Identität deutlich. Mit einer gewachsenen Professionalisierung braucht es auch Handlungsspielräume und Anwendungschancen. Besonders schwierig ist dies in Professionen, die sich direkt *„auf die Arbeit mit und „an“ Menschen richten“*. Im Idealbild der helfenden Professionen sind alle menschlichen Fähigkeiten vertreten, die durch die Ökonomisierung unter Druck geraten.<sup>38</sup>

In den kommenden Kapiteln soll die Luhmannsche Diagnose für das Ethos der Gesundheitsberufe vor dem Hintergrund des erstarkten Marktes historisch, ökonomisch und empirisch überprüft werden. Dass diese Fragestellungen aktueller denn je sind, zeigt exemplarisch ein Artikel in der Süddeutschen Zeitung: Die Akademisierung in den Gesundheitsfachberufen ist eine wiederkehrende Debatte.<sup>39</sup> Die Ausbildungen und moderne Karriereorientierung entwickelten sich zu identitätsdefinierenden Feldern und haben zu einer Vervielfältigung der Leitbilder in der Pflege geführt<sup>40</sup>, unter anderem durch die gestiegenen Qualifikationserfordernisse, auf die mit einer adäquaten Ausbildung reagiert werden muss. Aufgrund der gesellschaftlichen Differenzierung und der Bedeutung des Berufs für die Identität der Gesamtperson werden in dieser Arbeit die Pflegeberufsentwicklungen historisch aufgearbeitet und im heutigen Kontext diskutiert – speziell vor dem Hintergrund des wachsenden Pflegebedarfs und des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen – und Handlungsfelder für Ausbildung und Praxis aufgezeigt.

Nochmals zusammengefasst kann festgehalten werden, dass es klare Parallelen zwischen der Veränderung der Gesellschaft und der Veränderung des Pflegeberufs gibt. Der Beruf eines Menschen entwickelte sich zunehmend zur Identität des Menschen in der Gesellschaft. Für den Pflegeberuf bedeutet diese Entwicklung, dass im historischen Verlauf religiös motivierte Motive durch Fachwissen ersetzt wurden, welche sich vor dem Hintergrund der Ökonomisierung im Gesundheitswesen zu einem Spannungsfeld entwickelt hat.

Bevor auf die historische Entwicklung des Pflegeberufs eingegangen wird, widmet sich das folgende Kapitel der Kombination von Ethik und Empirie. Aufgrund des ethisch-empirischen Studiendesigns wird einleitend die Debatte zur Kombination von Ethik und Empirie dargelegt und damit die Verortung dieser Arbeit verdeutlicht.

---

<sup>37</sup>Gildemeister & Robert, 1987, 73

<sup>38</sup>Gildemeister & Robert, 1987

<sup>39</sup>Prusky, 2016

<sup>40</sup>von Kondratowitz, 2005



# 3

## Ethik und Empirie

In diesem Kapitel soll an den empirischen Teil dieser Arbeit herangeführt werden. Dazu dient in diesem Kapitel die Darstellung der Debatte über die Kombination resp. Verbindung von Ethik und Empirie. Das Kapitel thematisiert kurz die Ursprünge dieser Debatte und widmet sich den Anliegen und Bedenken von Philosophie und Ethik resp. der Sozialwissenschaften in Bezug auf die Verwendung von sozialwissenschaftlichen Methoden in der Ethik. Die Debatte wird im Rahmen dieser Arbeit aufgegriffen, da sich der empirische Teil der Arbeit mit einer ethischen Fragestellung resp. einem ethischen Untersuchungsgegenstand beschäftigt und diesen mit qualitativen und quantitativen sozialwissenschaftlichen Methoden in einem „mixed-method“-Design untersucht. Ziel dieses Kapitels ist, Diskussion und die wichtigsten Pro- und Kontraargumente für den Einsatz von sozialwissenschaftlichen Methoden bei ethischen Fragestellungen darzulegen.

Begonnen hat die Debatte, als in den 1950er Jahren Ansätze entwickelt wurden, um der Ethik ein wissenschaftliches Fundament zu geben. Dazu wurden hauptsächlich Erkenntnisse aus der Psychologie, aber auch aus der Biologie, der Soziologie, der Kulturanthropologie oder den Geschichtswissenschaften diskutiert. Eigenständige empirisch-ethische Forschungen zu ethischen Fragestellungen wurden erst in den 1990er Jahren populär. Sie stammen hauptsächlich aus den Bereichen der Medizin und des Gesundheitswesens.<sup>1</sup> Dabei sind insbesondere Themen wie Organspende, genetische Screenings, Euthanasie oder Fruchtbarkeitsbehandlungen erforscht worden. Diese Debatten, die heute auch in den Massenmedien rege diskutiert werden, deuten auf ein gewachsenes Interesse und Bewusstsein für ethische Fragestellungen hin.<sup>2</sup> Ein kleiner Teil der Forschung ist auf dem Gebiet der Wirtschaftsethik angesiedelt.<sup>3</sup> Einsteigend soll festgehalten werden, dass ohne methodologische Reflexion die Methoden für eine empirische Ethik nicht denkbar<sup>4</sup> sind. Deshalb soll an dieser Stelle eine kurze Auseinandersetzung von Ethik und Empirie angefügt werden.<sup>5</sup>

---

<sup>1</sup>Musschenga, 2009

<sup>2</sup>Haimes, 2002

<sup>3</sup>Musschenga, 2009

<sup>4</sup>Krones, 2009

<sup>5</sup>Schicktanz & Schildmann, 2009



#### Exkurs: Definition Empirie

Unter Empirie wird „a) das Sein bzw. „wissenschaftliche Fakten“, (im Gegensatz zum Sollen), das sich deskriptiv beschreiben lässt, b) die Alltagspraxis sowie c) die empirische Untersuchung moralischer Einstellungen und Meinungen verstanden.“ (Schicktanz & Schildmann, 2009) „Empirie ist nämlich einmal der Inbegriff dessen, was der Fall ist; es ist die Welt der „Tatsachen“ bzw. der „Faktizitäten“.“ (Thielemann, 2014, 201)

In der Loslösung der Sozialwissenschaften von der Philosophie haben diese versucht, sich als empirische<sup>6</sup> Wissenschaften zu etablieren. Sprich, sie haben versucht, soziale Tatbestände mit naturwissenschaftlich-epistemischem Denken zu erklären.<sup>7</sup> Tanja Krones (2009) spricht davon, dass die Ergebnisse der Sozialwissenschaften, aufgrund der vielfältigen Strukturen, Handlungen, Akteure oder Regeln aber trotzdem immer Ergebnisse mit „beschränkter Haftung“ bleiben. In dieser Arbeit haben die Befunde ebenfalls sozialen Charakter. Sie haben zudem einen starken Handlungsbezug, ebenso wie die damit verbundenen Werte und Motive. Aus diesem Grund sind für die Erhebung in dieser Arbeit die Handlungsbedingungen zentral. Für eine solche Erhebung sind deshalb Kenntnisse der sozialwissenschaftlichen und psychologischen Methoden und Theorien für das Verständnis der Befunde wesentlich. Darin unterscheiden sich die Sozialwissenschaften von den Naturwissenschaften grundsätzlich<sup>8</sup>:

*„Die Sozialwissenschaften, wie auch die Handlungswissenschaften haben es mit denkenden und handelnden Subjekten statt mit nicht-denkenden Dingen (Objekten) zu tun, was weit reichende Konsequenzen für die angemessene Methodologie und deren erkenntnistheoretische Grundannahmen hat.“<sup>9</sup>*

Doch nicht nur Sozialwissenschaften und Naturwissenschaften unterscheiden sich. Auch die Philosophie und die Ethik unterscheiden sich grundlegend von den Sozialwissenschaften – obwohl die Sozialwissenschaften ursprünglich ihren Ursprung in der Philosophie haben. Daher rührt auch das Spannungsfeld zwischen den beiden Bereichen. Die Philosophie und Ethik fordern von den Sozialwissenschaften Folgendes: Damit Handlungs rationalität und Motive in der sozialwissenschaftlichen Forschung verstanden werden, braucht es für mehr Erklärungswert zusätzlich eine Auseinandersetzung mit der historischen und sozialen Situation des Untersuchungsgegenstands. Denn eine Gefahr in Bezug auf die Methoden und den zu untersuchenden Gegenstand ist, dass „*allein das Messbare oder theoretisch relevant Erachtete wertvoll und nicht das Wertvolle messbar und theoretisch beleuchtet*“ wird.<sup>10</sup> Auf der anderen Seite erwarten die Sozialwissenschaften, dass die

<sup>6</sup> „Empirisch sind dann jene Wissenschaften, welche diese Bedingungen zugleich in Gegebenheiten orten, die genetisch dem Erkennen und Handeln des Menschen vorausgehen und idealtypisch dem Bereich der Natur, der Gesellschaft oder der Geschichte zugewiesen werden können.“ (Höhn, 2014, 94)

<sup>7</sup>Krones, 2009

<sup>8</sup>Krones, 2009

<sup>9</sup>Krones, 2009

<sup>10</sup>Krones, 2009

Philosophie und die Ethik in ihren Debatten stärker den Kontext berücksichtigen und sich mehr auf gelebte Erfahrungen abstützen.<sup>11</sup>

Das Spannungsverhältnis zwischen der allgemeinen Ethik und der angewandten Ethik resp. den Sozialwissenschaften zeigt sich primär darin, „dass die allgemeine Ethik [...] als Theorie [...] selbstgenügsam, unabhängig von empirischen Daten sei oder es der Ethik schlicht an Mathematik mangle [...]“. Der Grund liegt möglicherweise, wie Tanja Krones (2009) beschreibt, darin:

*„In den Sozialwissenschaften sind [...] kaum noch Vertreter der Auffassung, dass sich empirisch wirklich ahistorische, allgemeingültige, universelle, kontextunabhängige Gesetzmässigkeiten oder Regeln im Bereich des Sozialen finden lassen und dass solchermassen konstruierte Normen daher auch zur Problemlösung eher wenig zielführend sind. Die Vorstellung von der Möglichkeit und dem Gutsein allgemeingültiger, universeller und kategorialer Aussagen hängt die philosophische Ethik jedoch bis heute [...] in weiten Teilen an [...]. Lässt man sich in der Ethik nicht nur auf die Einbeziehung von Daten, sondern auch auf die Methodologien und Theorien der Sozial- und Handlungswissenschaften ein, werden die genannten Bedingungen an ein adäquates moralisches Urteil in Frage gestellt.“<sup>12</sup>*

Sozialwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler kritisieren an der Ethik wie erwähnt, dass der soziale Kontext bei Entscheidungen, speziell in der Medizin, unzureichend berücksichtigt wird und dass dabei vor allem prozessualen und prozeduralen Aspekten mehr Aufmerksamkeit zukommen sollte.<sup>13</sup> Dies unter anderem, da die Theorien der angewandten Ethik auf grundlegenden sozialtheoretischen und anthropologischen Annahmen aufbauen, die besagen, dass Akteure sozial gebunden oder ungebunden sind oder sich kontextspezifisch vernetzen.<sup>14</sup>

Die Forderung nach mehr Praxisnähe richtet sich an die Problemerkennung, Problembewertung und die Problemlösung.<sup>15</sup> Eine weitere Kritik der Sozialwissenschaften ist, dass die gängige Ethik zu abstrakt, zu unrealistisch und nicht durchführbar sei, hauptsächlich, da sie den einzigartigen Merkmalen von spezifischen Situationen nicht gerecht würde. Somit ist eine allgemeine Zielsetzung der empirischen Ethik eine Förderung der Kontextsensitivität.<sup>16</sup> Dafür bedient sich die Ethik der Sozialwissenschaften. Damit sollen tatsächliche moralische Überzeugungen, Intuitionen, Verhaltensweisen und Argumente untersucht werden, denn diese bilden den Ausgangspunkt für die Ethik. Gleichzeitig entsteht damit in ethisch-empirischen Studien die Gefahr, dass der normative und philo-

<sup>11</sup>Davies, Ives & Dunn, 2015; Borry, Schotsmans & Dierickx, 2005

<sup>12</sup>Krones, 2009

<sup>13</sup>Musschenga, 2009

<sup>14</sup>Schicktanz, 2009

<sup>15</sup>Schicktanz & Schildmann, 2009

<sup>16</sup>„Hierunter kann man ganz allgemein die Annahme zusammenfassen, dass zum (besseren) Verständnis von Aussagen, Normen und Verhaltensweisen konkrete Praxisbedingungen bekannt sein müssen (z.B. der historische, kulturelle oder soziale Hintergrund des Handelnden.“ (Schicktanz, 2009, 225)

### 3 Ethik und Empirie

sophische Gehalt zu kurz kommt.<sup>17</sup> Oder wie Schaupp (2014) schreibt, dass „bestimmte Fragestellungen aus dem wissenschaftlichen Bewusstsein verschwinden und so nicht mehr bearbeitet werden können“.<sup>18</sup> Musschenga (2009) verdeutlicht dies weiter:

„Weiterhin besteht die Gefahr, dass, wenn für eine Untersuchung nur begrenzte Zeit verfügbar ist, der philosophische Gesichtswinkel am ehesten unterbelichtet bleibt, da es durch den höheren Standardisierungsgrad eher auffällt, wenn der empirische Teil der Studie nicht den methodischen Anforderungen entspricht.“<sup>19</sup>

Nebst der einseitigen Fokussierung auf rein „empirisch-relevante“ Fragestellungen, ist oftmals auch der unkritische, punktuelle und teilweise „positivistisch-naive“ Einbezug von empirischem Wissen eine weitere Problematik, da normative Aussagen oft bruchlos auf der Basis empirischer Daten gemacht werden. Entscheidungen werden dann auf utilitaristisch-ökonomischen Erwägungen gefällt, ohne die wissenschaftstheoretischen und philosophischen Diskurse zu reflektieren:

„Damit begehen die Autoren einen echten naturalistischen Fehlschluss, indem sie davon ausgehen, dass die (positivistisch interpretierten) Daten einen direkten präskriptiven Charakter haben.“<sup>20</sup>

Deshalb ist die Forderung nach einer ethischen Rechtfertigung dafür, „wen man beforscht bzw. wessen Perspektive besonders wichtig ist“ durchaus gerechtfertigt. Dabei hilft beispielsweise der deliberative Ethikansatz, der gerade bei der kollektiven Entscheidungsfindung die Fragen des „Wie“ und des „Wer“ diskutiert, um deskriptive, empirische und normative Prämissen kontextualisieren und plausibilisieren zu können. Gleichzeitig ist es aber auch nicht zulässig, beliebig quantitative oder qualitative Methoden einzusetzen.<sup>21</sup>

#### Exkurs: „Evidenz-basierte“ Ethik

Der Begriff „Evidenz-basiert“ wurde im Jahr 1992 erstmals verwendet. Damals im Kontext der Medizin, als die Forderung aufkam, dass die klinische Praxis nicht länger vor dem Hintergrund unsystematischer Beobachtungen praktizieren, sondern sich auf die neusten, verfügbaren medizinischen Evidenzen abstützten sollte. (Borry, Schotsmans & Dierickx, 2005)

„Evidenz [...] meint den stochastischen a posteriori-Nachweis eines Effekts oder eines Phänomens. Der Begriff meint gerade nicht eine Offensichtlichkeit [...] im Sinne einer a priori-Plausibilität für einen Effekt oder ein Phänomen.“ (Strech, 2008)

<sup>17</sup>Musschenga, 2009; Schicktanz, 2009

<sup>18</sup>Schaupp, 2014

<sup>19</sup>Muschenga, 2009, 197

<sup>20</sup>Krones, 2009, 254

<sup>21</sup>Schicktanz, 2009

1995 schliesslich boomte der Begriff „Evidenz-basiert“ regelrecht – auch in der Ethik. Dort bedeutet er: *„interpreting it either as the necessity of grounding ethical decisions of the best available [...] scientific evidence, or the necessity of testing ethical arguments and statements by means of empirical research.“* Das Aufkommen der „Evidenz-basierten“ Ethik ist Ausdruck des wachsenden Interesses, empirische Elemente in die ethische Konzeptionalisierung und Entscheidungsfindung zu integrieren. (Borry, Schotsmans & Dierickx, 2005) Das „Evidenz-basiert“-Konzept (Strech (2008) unterscheidet zwischen deskriptiven und normativen Dimensionen des Begriffs „Evidenz-basiert“: Deskriptive Dimensionen von „Evidenz-basiert“: Externalität, Komplementarität, Gradualität, Kontextspezifität; Normative Dimensionen von „Evidenz-basiert“: Handlungslegitimation, Qualitätsbewertung. Auf eine Ausführung zu den einzelnen Begriffen wird an dieser Stelle verzichtet und auf die Arbeit von Strech (2008) verwiesen.) wird in der Anwendung aber problematisch, wenn diese unkritisch oder gar missbräuchlich stattfindet, um Handlungen zu legitimieren. (*„Entscheidungen können unter dem Granaten „Evidenz-basiert“ legitimiert werden, obwohl kein Konsens darüber besteht, was im entsprechenden Kontext als Evidenz gelten sollte und was nicht.“* (Strech, 2008, 280)) Auch sind Kontroversen bezüglich der optimalen Methode der Stichprobengewinnung, Erhebung und Auswertung in Bezug auf qualitative und quantitative Untersuchungen wahrscheinlich. Ebenfalls schwierig sind die Auswahl und die Konkretisierung von Kriterien, denn diese sind immer normative Setzungen. Darum müssen diese transparent gemacht werden, ebenso wie die *„kontextspezifische Verwendung des „Evidenz-basiert“-Begriffs“*. (Strech, 2008) Strech (2008) schreibt abschliessend dazu:

*„Wird in der Praxis von einer ethischen Entscheidungsfindung von Evidenz-basierter Ethik gesprochen, sollte begründet werden, inwieweit ein Konsens zur spezifischen Verwendungsweise des Evidenzbegriffs vorausgesetzt werden kann. [...] Bevor jedoch keine ausreichend konsentierten Kriterien oder Standards vorliegen, die eine transparente Kennzeichnung von empirischen Informationen als Evidenz rechtfertigen, sollte auf die Verwendung des EB-Begriffs im Kontext der angewandten Ethik verzichtet werden. [...] Entsprechende Kriterien und Standards sollten [...] durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit etwa von Fachgesellschaften der Ethik und der Sozialwissenschaften erarbeitet und konsentiert werden.“* (Strech, 2008, 283ff)

Die empirisch-ethische Forschung entstand wie zuvor angedeutet aus dem Bewusstsein, dass, für kompetente Urteile in immer komplexeren Handlungsketten, empirische Untersuchungen stärker beachtet werden müssen, da diese die zugrundeliegenden Sachverhalte untersuchen. Dabei wurde deutlich, dass sich die Ethik auf die Empirie beziehen muss, *„ohne zu deren blossem Anwendungswissen zu werden. Sie ist eine partiell empirische Wissenschaft. Die Definition des Sollens bezieht sich immer auch auf beobachtbare Phänomene und Handlungszusammenhänge.“*<sup>22</sup> Für ihre Arbeit in der empirisch-ethischen

---

<sup>22</sup>Vogt, 2014

Forschung müssen die empirisch arbeitenden Ethikerinnen und Ethiker aber die Stärken und Schwächen, die Methoden und Methodologie der qualitativen und quantitativen Sozialforschung kennen. Das beinhaltet Transparenz in der Datenerhebung und -interpretation, Aufzeigen von Fehlerquellen und Limitationen oder ein selbstreflexives Verhalten.<sup>23</sup> An diesen Grundsätzen orientiert sich auch die vorliegende Arbeit. Es braucht ausserdem eine angemessene Terminologie und klar definierte ethische Konzepte. Auch die Operationalisierung der relevanten Konzepte ist eine methodische Herausforderung. Deshalb werden heute vermehrt qualitative und quantitative Methoden kombiniert, insbesondere bei der Erstellung von Messinstrumenten.<sup>24</sup> Dies auch, weil quantitative Methoden allein oft unzureichend sind. Deshalb wird für diese Arbeit ein „mixed-method“-Forschungsansatz gewählt, der die Vorteile der qualitativen und quantitativen Methoden kombiniert. Ausserdem ist dies die gängige Vorgehensweise bei der Entwicklung von neuen Messinstrumenten, ein Ziel, das auch für die vorliegende Arbeit mit der Entwicklung der Skala zum Berufsethos in der Pflege angestrebt wird.

Qualitative Methoden sind geeignet, um Werte, Perspektiven, Erfahrungen und Begleitumstände zu verstehen.<sup>25</sup> Sie können ausserdem mögliche Ambivalenzen aufzeigen und Interpretationsmuster liefern.<sup>26</sup> Somit ist ein Kennzeichen qualitativer Forschung die „*Explikation von informellem oder implizitem Wissen und Einstellungen*“.<sup>27</sup>

#### **Exkurs: das quantitative und qualitative Forschungsparadigma**

Für die Datengewinnung und -analyse werden je nach Fragestellung quantitative oder qualitative Methoden angewendet. In quantitativen Studien ist das Ziel durch die Aufdeckung von in der Natur vorkommender Zusammenhänge und Kausalketten allgemeingültige Aussagen machen zu können. Die Daten werden meist mittels Beobachtungen oder Experimenten erhoben, numerisch festgehalten und statistisch analysiert. Die Qualitätskriterien quantitativer Forschung sind Validität (Gültigkeit; misst ein Messinstrument wirklich das, was es zu messen vorgibt), Reliabilität (Verlässlichkeit; wie zuverlässig ist eine Messung resp. sind bei wiederholten Messungen die Resultate gleich und bleiben sie auch über unterschiedliche Situationen hinweg stabil) und Objektivität (Unabhängigkeit der gemessenen Daten von der forschenden Person).

Qualitative Studien versuchen komplexe soziale Prozesse und Erfahrungen besser zu verstehen. Dazu werden die Grounded Theory, die Phänomenologie, die Ethnographie oder Fallstudien als Methoden eingesetzt. Auch Beobachtungen und Interviews kommen zur Anwendung. Für die Analyse werden die Daten kodiert, kategorisiert und theoretisch zusammengefasst oder explizit interpretiert. Auch in der qualitativen Forschung gibt es Qualitätskriterien: Glaubwürdigkeit (Daten sollen aus glaubwürdigen Quellen stammen

---

<sup>23</sup>Krones, 2009

<sup>24</sup>Schildmann & Vollmann, 2009

<sup>25</sup>Schildmann et al., 2016

<sup>26</sup>Schicktanz, 2009

<sup>27</sup>Schildmann et al., 2016

und die Resultate müssen glaubwürdig sein), Authentizität (Resultate geben den originalen Sinn wieder), Übertragbarkeit (Resultate können auf ähnliche Situationen und Kontexte übertragen werden), Verlässlichkeit (Die Analyse ist nachvollziehbar, in dem Sinne, dass andere Forscher ähnliche Resultate generieren würden) und schliesslich Bestätigung (Studienteilnehmende erkennen sich in den Resultaten wieder). (Monteverde & Kesselring, 2012)

Wie in den Sozialwissenschaften ist das Themenfeld der Ethik die menschliche Wirklichkeit.<sup>28</sup> Oder anders ausgedrückt: *„Schliesslich ist alle Ethik theoretische Wissenschaft in praktischer Absicht“* und eine *„theoriefreie Empirie gibt es nicht. Diese ist immer nur als interpretierte allererst angeeignet. Umgekehrt muss ethische Reflexion<sup>29</sup> in der Lage sein, sich von empirischen Einsichten in ihrem Erkenntnisgegenstand belehren zu lassen.“* Somit kann die Empirie als „Prüfstein“ gesehen werden für die *„Angemessenheit und Richtigkeit handlungsbezogener ethischer Sollensforderungen“*.<sup>30</sup>

Eine Unterscheidung, auf die an dieser Stelle ebenfalls kurz eingegangen werden soll, ist diejenige zwischen den Konzepten der angewandten und der empirischen Ethik.<sup>31</sup> Diese Unterscheidung betrifft hauptsächlich zwei Punkte. Einerseits unterscheidet sich die angewandte Ethik von der praktischen Ethik darin, dass sie auf empirische Befunde der Sozial- und Naturwissenschaften Bezug nimmt, diese jedoch nicht wie die empirische Ethik selbst erhebt. Andererseits unterscheiden sie sich darin, dass die angewandte Ethik davon ausgeht, *„dass die allgemeine Moralphilosophie die Grundlage eines jedweden moralischen Urteils bildet. In dieser Logik strukturieren moralphilosophische Grundannahmen und Diskurse die moralischen Urteile unter Einbeziehung empirischer Daten. [...] Die theoretische (moralphilosophische) Basis bleibt durch die wissenschaftliche Praxis unangetastet und ist unabhängig vom jeweiligen Gegenstandsbereich.“* In der angewandten Ethik erhalten moralische Überzeugungen, da sie primär argumentativ gebildet werden,

---

<sup>28</sup>Droesser, 2014

<sup>29</sup>„Ethische Reflexion und Urteilsbildung knüpfen an grundlegende Prämissen der Argumentationstheorie an. Dabei bleibt in vielen Ansätzen unklar, woher die Argumente kommen müssen, ob also eine interne Generierung derartiger Argumente – mittels der eigenen, individuellen Vernunft – ausreicht. [...] Alle rationalistischen Konzeptionen einer ethischen Argumentation gehen mehr oder minder davon aus, dass wir in der ethischen Diskussion von eigenen Interessen abstrahieren und die Sicht des Anderen mit in den Blick nehmen müssen. [...] Zwar teilt die Diskursethik die Idee der Argumentation und der Kommunikation als notwendige Voraussetzung für ethische Urteilsfindung mit vielen anderen modernen Ethikansätzen. Sie hebt jedoch den Gedanken hervor, dass die Prüfung der Gültigkeit der Argumente prinzipiell nicht einer einzelnen Person überlassen werden kann, sondern gemeinschaftlich stattzufinden hat. [...] Die Diskursethik vertritt dabei ein partizipatorisches Ideal [...].“ (Schicktanz, 2009, 228ff)

<sup>30</sup>Lutz, 2014

<sup>31</sup>Es gibt auch die „empirisch informierte Ethik“, wo Forschungsansätze, „in denen man empirische Annahmen in ethischen Theorien mit Ergebnissen empirischer Studien konfrontiert, um die Plausibilität ethischer Theorien zu prüfen und neues Licht auf seit langem bestehende Kontroversen in der ethischen Theorie zu werfen“, eingesetzt werden. (Musschenga, 2009, 189)

### 3 Ethik und Empirie

„ein quasi-objektives Element“.<sup>32</sup> Die angewandte Ethik sucht ein reflexives Gleichgewicht zwischen Theorie und Praxis. Das beinhaltet die Konkretisierung von Prinzipien, Normen und Konzepten, um sie in einem spezifischen Kontext praktisch anwenden zu können.<sup>33</sup>

In der empirischen Ethik hingegen wird oft ein zyklisches Modell verwendet, das ethische Analyse und empirische Datensammlung in einem interaktiven Zyklus verbindet.<sup>34</sup> Die ethische Perspektive liefert für die empirische Ethik den Rahmen und gibt für die Überarbeitung beispielsweise eines Interviewleitfadens wertvolle Inputs, damit z.B. die ethische Perspektive in der Argumentation der Befragten erhoben werden kann. Somit ist die Entwicklung eines praxisorientierten, normativen Arguments ein kontinuierlicher Zyklus von verstehen, verändern, reflektieren, evaluieren und weiter verändern.<sup>35</sup> Folgedessen integriert die empirische Ethik die Operationalisierung und die Anwendung eines Prinzips in die ethische Theorie.<sup>36</sup> Sie hilft ausserdem allgemeine und abstrakte Prinzipien in konkrete, spezifische und handlungsorientierte Richtlinien zu übersetzen, die sowohl moralisch begründet als auch praktisch anwendbar sind.<sup>37</sup> Musschenga (2009) definiert empirische Ethik wie folgt:

*„Empirische Ethik ist somit eine integrierte Kombination von ethischer Analyse und empirischer Forschung. Eine Voraussetzung für empirische Ethik scheint mir zu sein, dass Datensammlung und ethische Analyse in einer Studie von derselben Forschergruppe durchgeführt werden.“<sup>38</sup>*

Dieses Vorgehen wird auch auf den empirischen Teil dieser Arbeit angewendet. In der Diskussion um die Empirie in der Ethik lag der Fokus bisher auf dem Dualismus von Fakten und Werten. Werden empirische Methoden eingesetzt, ist das begründungsbedürftig. Doch den Dualismus zwischen Fakten und Werten einfach zurückzuweisen ist keine genügende Legitimation für die Verwendung empirischer Methoden. Denn ontologisch sind sie nicht voneinander getrennt, doch es wird gefordert, *„dass der Zusammenhang von der Begründung der Legitimität von Handlungsnormen und der zutreffenden Beschreibung der Praxis methodisch kontrolliert erfolgt.“<sup>39</sup>* Haker (2014) schreibt, *„dass in der Geschichte der Moraltheorie überhaupt keine Dichotomie zwischen Empirie und Ethik besteht, vielmehr die einflussreichsten Moralphilosophen sich immer auch auf empirische Kenntnisse stützten, zum Teil selbst an ihnen arbeiteten. Anders gesagt: zwischen Sein und Sollen herrscht dann kein Widerspruch, wenn klar ist, wie das Verhältnis der beiden Bereiche bestimmt ist.“* So arbeitet beispielsweise die Sozialethik schon länger interdisziplinär und bedient sich für die Analyse ökonomischen, sozialen oder politischen

---

<sup>32</sup>Krones, 2009

<sup>33</sup>Borry, Schotsmans & Dierickx, 2005

<sup>34</sup>Musschenga, 2009

<sup>35</sup>Dunn et al., 2012

<sup>36</sup>Haker, 2014

<sup>37</sup>Borry, Schotsmans & Dierickx, 2005

<sup>38</sup>Musschenga, 2009, 190

<sup>39</sup>Düwell, 2009

Methoden.<sup>40</sup> Die Sozialethik gilt jedoch nach wie vor als „unempirische“ Wissenschaft, da sie keine Empirie betreibt und sich oftmals auf „unempirische“ Disziplinen wie die Theologie oder Philosophie bezieht. Wenn die Sozialethik die Empirie anderer Disziplinen übernimmt und integriert, werden diese Erkenntnisse zu Tatsachen und somit die „über Empirie laufende Konstruktion der Wirklichkeit aus der eigenen Verantwortung in die „gesicherten Erkenntnisse“ anderer Wissenschaften gelegt. Die Sozialethik ist selbst Teil der Wirklichkeit, die durch ihre Empirie entsteht und sie kann auch nur empirisch arbeiten, wenn sie Teil ihrer eigenen Empirie ist.“<sup>41</sup> Damit wird ebenfalls der Umstand angesprochen, dass die Sozialwissenschaften nicht nur die soziale Ordnung der Gesellschaft untersuchen, sondern dies auch massgeblich beeinflussen. Deshalb wird heute vermehrt der Einbezug der Meinung und Erfahrung der Betroffenen und der Nicht-Experten in einem öffentlichen Diskurs gefordert. Dabei steht insbesondere auch die Frage im Raum, was eine Öffentlichkeit überhaupt ist.<sup>42</sup>

Die Kluft zwischen „Sein“ und „Sollen“ kann die empirische Ethik nicht aufheben, auch wenn ethische Analyse und empirische Forschung eng miteinander verflochten werden. Sie behalten ihre Eigenart und ihre Methodologie<sup>43</sup> bei.<sup>44</sup> Die Sozialwissenschaften und auch die deskriptive Ethik haben zum Ziel, Werte, Regeln, Präferenzen, Normen und Handlungen zu beschreiben. Diese Disziplinen beschreiben, wie die Realität konstruiert wird – sie beschreiben, was „ist“. Doch sie können nicht bestimmen, wie sich Menschen verhalten „sollen“ oder welche Entscheidungen moralisch akzeptabel sind. Diese Unterscheidung kennt man traditionellerweise unter dem Begriff des „naturalistischen Fehlschlusses“. Der naturalistische Fehlschluss besagt, dass eine Begründung einer „Sollens“-Folgerung von Annahmen, die auf reinen „Ist“-Statements abgestützt sind, nicht zulässig sind. Man kann kein „Sollen“ aus dem „Ist“ ableiten.<sup>45</sup> Somit bleibt strittig, ob und wie empirische Ergebnisse als Begründung für allgemeine moralische Prinzipien hinzugezogen werden können.<sup>46</sup>

### Exkurs: Typologisierung der Forschungsstrategien

Die verwendeten Forschungsstrategien lassen sich Typologisieren. Eine Möglichkeit ist die Einteilung in vier Typen (Davies, Ives & Dunn, 2015):

---

<sup>40</sup>Haker, 2014

<sup>41</sup>Möhring-Hesse, 2014

<sup>42</sup>Schicktanz, 2009

<sup>43</sup>Methodologisch lassen sich empirisch-ethische Studien zwei Polen zuordnen: dem dialogischen Ansatz und dem konsultativen Ansatz. Studien nach dem dialogischen Ansatz haben den Dialog zwischen Forschenden und Stakeholder im Fokus, die beide bei der Datenerhebung, Analyse und Schlussfolgerung beteiligt sind. Beim konsultativen Ansatz werden die Daten unabhängig vom Erhebungsprozess analysiert und es werden unabhängige normative Schlussfolgerungen gezogen. Die Stakeholdersicht wird einbezogen, doch die Forscher führen die ethische Analyse unter Ausschluss der Stakeholder durch. (Davies, Ives & Dunn, 2015)

<sup>44</sup>Musschenga, 2009

<sup>45</sup>Borry, Schotsmans & Dierickx, 2005

<sup>46</sup>Schicktanz, 2009



1. Verwendung empirischer Daten, um Einstellungen gegenüber einer Thematik zu beschreiben,
2. Verwendung empirischer Daten, um mögliche oder tatsächliche Konsequenzen von Regelungen oder Entscheiden zu elaborieren,
3. Verwendung empirischer Daten, um die implizite Norm in der wissenschafts- oder praktischen Tätigkeit zu erforschen und
4. Verwendung empirischer Daten, um ein Feld der Ethik verstehen zu können.

In der vorliegenden Arbeit wird eine Forschungsstrategie gemäss Typ 3 eingesetzt. Mit Hilfe einer empirischen Untersuchung wird eine implizite Norm, nämlich das Berufsethos von Pflegefachpersonen erforscht. Gleichzeitig fliesst der Ansatz von Typ 4 mit hinein, da in den qualitativen Interviews versucht wird, unter Einbezug der Empirie ein Feld der Ethik verstehen zu können. Primär lässt sich das Forschungsdesign allerdings als Typ 3 typologisieren (Davies, Ives & Dunn, 2015).

Eine andere Möglichkeit Forschungsstrategien zu unterscheiden sieht folgendermassen aus (Davies, Ives & Dunn, 2015):

1. Die Moraltheorie hat totale Autorität inne und empirische Daten werden nur zur Unterstützung und Bestätigung zugezogen,
2. Vorrang hat die Moraltheorie, aber empirische Daten werden einseitig zur Verfeinerung und Ausarbeitung der Theorie eingesetzt,
3. Gleiche Berücksichtigung von Moraltheorie und Daten und sowohl Theorie als auch Interpretation können vor dem Hintergrund der jeweils anderen überarbeitet und verstanden werden und
4. Weglassen der Theorie aus der ethischen Analyse und alleiniger Fokus auf die erhobenen Einzelheiten.

Diese Überlegungen sind ausserdem deshalb wichtig, weil sich bestimmte empirische Fragestellungen aus den verschiedenen normativ-ethischen Positionen ergeben. Dazu ist manchmal eine empirische Forschung notwendig und manchmal lassen sich die Fragen durch Literaturstudium beantworten. Die normativ-ethische Theorie ist ebenfalls auch normativer Ausgangspunkt für die empirische Erhebung. Für die Empirie schliesslich braucht es neben der (1) Verantwortbarkeit des Forschungsdesigns, (2) Relevanz und Notwendigkeit der Forschung sowie (3) eine ausreichende Qualifikation der Forscher.<sup>47</sup>

Bisher sah die Zusammenarbeit von Sozialwissenschaften und Ethik folgendermassen aus: Die Sozialwissenschaft hat die Daten bereitgestellt, auf deren Basis die Ethik ihre Beurteilungen gemacht hat. Doch die Sozialwissenschaft kann mehr beitragen als nur die

---

<sup>47</sup>Düwell, 2009

Daten. Sozialwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler erachten rechtliche und ethische Fragen primär als soziale Fragestellungen, damit können sie nicht nur zum Verständnis der ethischen Fragen, sondern auch zum Verständnis der sozialen Prozesse, durch die eine ethische Frage entsteht, beitragen. Mit der Empirie ist die Ethik in der Lage, Details aufzudecken, wie Menschen in ihrem Alltag denken und handeln. Dadurch können ethische Debatten in einen grösseren Kontext gesetzt werden und ermöglichen einen Blick auf bislang unbekannte Fragestellungen.<sup>48</sup> Damit wird die empirisch-ethische Forschung einer weiteren Aufgabe gerecht, nämlich der Identifikation von noch unbekannten ethischen Problemen.<sup>49</sup> Auch in dieser Arbeit wird versucht mit Hilfe der Empirie einen Beitrag zu leisten, um das Berufsethos von Pflegefachpersonen erfassen und verstehen zu können. Dies, weil dadurch neue Erkenntnisse zum Handeln im Berufsalltag gewonnen werden können.

Auf einen weiteren Punkt soll an dieser Stelle hingewiesen werden: Moralische Probleme sind gleichzeitig normative und empirische Probleme, *„da der Mensch ein sinnliches und sittliches Wesen zugleich ist.“* Und die Veränderungen im empirischen Wissen ziehen gleichzeitig auch veränderte Argumentationen des Sinnwissens und des normativen Wissens nach sich.<sup>50</sup> Die Daten liefern Erkenntnisse, was Menschen über bestimmte Themen sagen und wie sie dabei handeln, aber auch wie sich Individuen und Gruppen verhalten. Damit gelangt die Forschung zu Erkenntnissen über das „Was“, „Wie“ und „Warum“ des menschlichen Verhaltens.<sup>51</sup>

*„Wenn in ethischen Diskursen die Frage aufkommt, wie zu handeln ist, und welche Prinzipien hierfür als Massstab dienen können, bestehen bereits Vorannahmen, auf denen die Prinzipien beruhen. Diese Vorannahmen geben eine erste Orientierung, wie ein bestimmtes Handeln gerechtfertigt werden kann. Dabei geht es um anthropologische Aussagen, also Aussagen darüber, was der Mensch ist. Diese Aussagen selbst werden wiederum zu einem Ganzen gebündelt, das als Menschenbild bezeichnet wird. Somit kann gesagt werden, dass ein gewisses Menschenbild hinter unserer Bewertung ethischer Handlungen steht.“*<sup>52</sup>

Ein moderner Ansatz, der die Stärken beider Disziplinen resp. mehrerer Disziplinen kombiniert, ist die Triangulation. Die unterschiedlichen akademischen Hintergründe zeigen sich in unterschiedlicher Interpretation und Arbeitsweise. Diese Heterogenität ist gleichzeitig ein Erkenntnisgewinn und eine Herausforderung für die Forschenden. Die Triangulation kann nicht nur auf die Investigatoren und die Theorie einen positiven Einfluss haben, sondern auch auf die Methoden, da jeweils die Stärken und Schwächen bekannt sind und blinde Flecken oder Unzulänglichkeiten minimiert werden, wenn Me-

---

<sup>48</sup>Haimes, 2002

<sup>49</sup>Salloch et al., 2016

<sup>50</sup>Lutz, 2014

<sup>51</sup>Haimes, 2002

<sup>52</sup>Krause, 2014, 259

### 3 Ethik und Empirie

thoden kombiniert werden.<sup>53</sup> Natürlich ist Interdisziplinarität keine Garantie für bessere Ergebnisse, denn die grösste Schwierigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit ist die natürliche Lücke zwischen zwei Disziplinen.<sup>54</sup>

Abschliessend kann festgehalten werden: Ethische und empirische Ansätze starten mit unterschiedlichen Forschungsfragen: Die Ethik ist an der konzeptuellen Klärung und normativen Rechtfertigung interessiert und die empirischen Ansätze fokussieren eine empirische Beschreibung, Rekonstruktion und Analyse.<sup>55</sup> Die Bedeutung der Ethik in der interdisziplinären Arbeit verdeutlicht Höhn (2014) sehr treffend:

*„In der Ethik geht es um die Frage, was man tun kann angesichts jener Herausforderungen, die Ökonomie, Politik, Technik und Medien hervorbringen, für deren Bewältigung die ökonomische, technische und mediale Rationalität über keine zureichende Lösung verfügt.“*<sup>56</sup>

Nach diesem abschliessenden Zitat soll nun zum nächsten Kapitel übergeleitet werden. Kapitel 4 wirft ebenfalls einen Blick in die Vergangenheit. Gegenstand des Kapitels ist die historische Entwicklung des Pflegeberufs. Einsteigend gehen wir in der Zeit zurück zu den frühesten Anfängen und arbeiten uns vor bis in die Gegenwart. Den Blick zurück braucht es, um zu verstehen, wie der Pflegeberuf sich zu dem Beruf entwickelt hat, der er heute ist. Und die Geschichte lehrt uns, dass vieles wiederkehrend ist, da bildet auch die Entwicklung des Pflegeberufs keine Ausnahme. Von den einschneidenden historischen Ereignissen sollen Verständnis für aktuelle Problemstellungen im Pflegeberuf und wichtige Erkenntnisse für die empirische Erhebung gewonnen werden.

---

<sup>53</sup>Wäscher et al.Stein Backes et al., 2012, 2014

<sup>54</sup>Borry, Schotsmans & Dierickx, 2005

<sup>55</sup>Borry, Schotsmans & Dierickx, 2005

<sup>56</sup>Höhn, 2014, 87

# 4

## Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

Damit die gegenwärtige berufliche Situation in der Krankenpflege in ihrer Tiefe verstanden werden kann, hilft eine systematische Darlegung der Geschichte des Pflegeberufs. Auf die Geschichte des Pflegeberufs soll eingegangen werden, weil – wie in den vorangegangenen Kapiteln dargelegt – immer alles eine Vorgeschichte hat und es dabei stets Einschnitte und formative Momente gibt.<sup>1</sup> Die Einbettung in den historischen Kontext veranschaulicht die Wandlungen, Schwierigkeiten im Pflegeberuf und vermag Parallelen zum aktuellen Berufsbild aufzuzeigen. Lange wurde die Pflege als älteste Kunst und jüngste Profession bezeichnet.<sup>2</sup> In diesem Kapitel wird die historische Entwicklung des Pflegeberufes<sup>3</sup> bis zu ihren frühesten Anfängen zurückverfolgt. Dabei lässt sich die Geschichte der Pflege nicht gänzlich von der historischen Entwicklung der Medizin trennen, denn in ihren Grundzügen sind sowohl Pflege als auch Medizin untrennbare Elemente *eines gemeinsamen Heilauftrages*.<sup>4</sup> Auf einen Überblick über die alten Kulturen in Zentral- und Südamerika wird in diesem Kapitel verzichtet. Das Kapitel beabsichtigt dem Leser resp. der Leserin einen Überblick über die wichtigsten historischen Einflüsse und Veränderungen der Pflege (und Medizin) zu geben und dient als Hintergrund für die späteren Ausführungen zu den aktuellen Problemstellungen des Pflegeberufs und der empirischen Erhebung.

---

<sup>1</sup>Streeck, 2013

<sup>2</sup>Donahue, 1996, 2

<sup>3</sup>Die Bezeichnung englische Bezeichnung nursing (Pflege) kommt aus dem Lateinischen (nutrire) und bedeutete ursprünglich nähren/ernähren. Nurse (Krankenpflegerin) hat ebenfalls seine Wurzeln im Latein (nutrix). Was so viel bedeutet wie „nährende Mutter“ oder eine Frau bezeichnete, die stillte (auch andere Kinder als ihr eigenes). (Donahue, 1996, 3)

<sup>4</sup>Seidler, 1993, 12

### 4.1 Einstieg

Bereits im Zeitalter der Saurier (Mesozoikum) und bei den frühen Säugetierformen treten Schädigungen wie Tumore auf.<sup>5</sup> Mittels der Paläopathologie<sup>6</sup> fanden Forscher 500 Mio. Jahren alte, versteinerte Bakterien und wiesen nach, dass nach Ende der Entwicklung des Homo sapiens Bakterien und Parasiten seine ständigen Begleiter waren.<sup>7</sup> Heilung und Pflege bei den frühen Säugern sind so alt wie die ersten Krankheiten und Leiden. In ihrer ursprünglichsten Form erscheint die Pflege im Instinktverhalten. Das Lecken von Wunden zur Säuberung, das Wälzen im Schlamm zum Schutz der Haut oder das Entfernen von Fremdkörpern zur Unterstützung der Wundheilung sind Ausdruck dieser rudimentären Art der Pflege.<sup>8</sup>

Bei höher entwickelten Säugetieren zeigen sich pflegerische Handlungen ferner im Sozialverhalten in der Unterstützung von kranken Artgenossen. Die ersten Heilmassnahmen der Menschen sind gleichermassen instinktgeleitet und intuitiv. Wunden wurden ausgesaugt, schmerzhafte Stellen geknetet oder gekühlt und besondere Nahrungsmittel sollten den Körper bei der Genesung unterstützen. Die frühe Form der Pflege kann als Dienst an der Gemeinschaft verstanden werden. Dieser Dienst basierte ursprünglich auf dem Instinkt nach Schutz und Erhaltung der Gemeinschaft und ihrer Mitglieder.<sup>9</sup> Auch noch heute ist die Grundkomponente der Pflege eine soziale. Die Pflege in ihrer ursprünglichen Funktion resp. ihrem ursprünglichen Leistungsauftrag kann nach wie vor als Dienst an der Gemeinschaft verstanden werden. Darin besteht der direkte Bezug zur Grundidee und zum Zweck des Gesundheitswesens.

*„Das Gesundheitswesen als Ganzes wurzelt demnach in einem Bereich, der von der Sorge abgesteckt wird in der Praxis der Sorge, die wir übrigens nicht zufällig an erster Stelle Pflege nennen. Die Pflege ist die erste Handlung der Sorge“<sup>10</sup>*

Wils und Baumann-Hölzle (2013) beschreiben die Grundkomponente der Pflege, die Sorge eindrücklich:

*„Am Anfang war die Sorge. Menschen werden geboren in einer Welt, in der Andere sich um sie kümmern und sorgen. Wenn es gut geht. Die Sorge ist die erste Figur der Moral, der wir am Anfang unseres Lebens begegnen. Sie betrifft nicht bloss den Anfang unserer Existenz. Menschen sind Wesen, die sich zeitlebens um sich und um Andere sorgen. Wir sind Empfänger und Spender von Sorge solange wir leben. [...] Die Sorge lässt sich demnach als*

---

<sup>5</sup>Seidler, 1993, 15ff; Sigerist, 1963, 34

<sup>6</sup>Definition Paläopathologie: „Historische Hilfswissenschaft, die sich mit Hilfe der modernen Methoden der forensischen Pathologie der Erforschung prähistorischer und historischer Krankheitsphänomene widmet. Ihre Untersuchungsobjekte sind überwiegend körperliche Überreste.“ (Eckart, 1998, 3)

<sup>7</sup>Bauer, 1965, 11ff; Wells, 1964; Sigerist, 1963, 34

<sup>8</sup>Ackerknecht, 1971, 129; Donahue, 1996, 13; Seidler, 1993, 15ff

<sup>9</sup>Donahue, 1996, 9

<sup>10</sup>Wils & Baumann-Hölzle, 2013, 39

*das Urdatum, als die Grundverfassung unseres Daseins bezeichnen. Wir sind auf Sorge angewiesen und sind das umfassender, länger und intensiver als alle anderen Lebewesen. Und wir antworten unsererseits auf die Sorgebedürftigkeit Anderer, indem wir uns um sie kümmern. Die Gabe der Sorge ist ein Respons auf die Bitte um Sorge, auch wenn die Bitte nicht ausdrücklich formuliert werden muss. Sorge ist somit ein anthropolisches Merkmal, das unsere Art kennzeichnet. Sie ist fundamentalmenschlich.“<sup>11</sup>*

Als die Menschen in der Jungsteinzeit und zu Beginn der Bronzeperiode (10'000 bis 3500 v. Chr.) sesshaft wurden, lernten sie, welche Nahrungsmittel bekömmlich und welche kultivierbar waren.<sup>12</sup> Die Pfahlbauer sammelten und züchteten bereits Pflanzen unter denen ferner Heilpflanzen auftraten.<sup>13</sup> Es waren oftmals die Frauen in den Gemeinschaften, die – als erste empirische „Mediziner“ – die Wirkung von Heilpflanzen kennen und nutzen lernten.<sup>14</sup> Die ersten Zeugnisse operativer Tätigkeiten in Form von Trepanationen stammen aus der Jungsteinzeit. Dadurch sollten für Krankheiten verantwortliche Geister und Dämonen aus dem Schädel entweichen können. Belege für die künstliche Öffnung von prähistorischen Schädeln fanden sich überall auf der Erde und selbst heute praktizieren verschiedene Naturvölker nach wie vor Trepanationen.<sup>15</sup>

Der vorrationale Mensch lebte in einer Welt des Fühlens. Ebendiesen emotionalen Vorstellungen entsprang der Ahnenkult. Der Tod galt als ein Ereignis in einem unbegrenzten Dasein. Infolgedessen wurden den Verstorbenen auf die weitere Reise Speisen, Waffen und andere alltägliche Gegenstände ins Grab mitgegeben.<sup>16</sup> Bedrohungen für den vorrationalen Menschen repräsentierte das mit den Sinnen nicht Fassbare – eine höhere Macht. Vorherrschend waren magisch-animistische, magisch-dämonistische oder magisch-religiöse Krankheits- und Heilkonzepte.<sup>17</sup> Die Ausbreitung des frühen Heilwissens verdanken wir den Hirten, die instinktive Heilhandlungen an Tieren praktizierten und Handwerkern, wie z.B. dem Schmied, die sich handwerkliche Hilfsmittel erdachten.<sup>18</sup>

Tabuverletzungen galten als die gängigsten Krankheitsursachen. Das Heilkonzept basierte auf der Reintegration der Kranken in die Gemeinschaft durch die Beseitigung von Besessenheit und Dämonen. Die Pflege und Behandlung hatten schon in ihrer frühesten Form zum Ziel, die Kranken wieder in die Gesellschaft zu integrieren. Auch noch heute ist es für Kranke wichtig, möglichst rasch gesund zu werden, um wieder als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu gelten. Dazu gehört insbesondere die Fähigkeit, produktiv tätig sein zu können. Das impliziert, dass Kranke nicht mehr als Vollmitglieder der Gesellschaft angesehen werden. Um an der Gemeinschaft teilhaben zu können, wurde

<sup>11</sup>Wils & Baumann-Hölzle, 2013, 29

<sup>12</sup>Bauer, 1965, 11ff; Ackerknecht, 1971, 41

<sup>13</sup>Seidler, 1993, 15; Ackerknecht, 1971, 17; Sigerist, 1963, 98

<sup>14</sup>Donahue, 1996, 23

<sup>15</sup>Sigerist, 1963, 101; Seidler, 1993, 15ff; Bauer, 1965, 11ff; Wells, 1964, 141-148

<sup>16</sup>Ackerknecht, 1971, 18f; Seidler, 1993, 15f

<sup>17</sup>Eckart, 1998, 9

<sup>18</sup>Seidler, 1993, 15ff

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

Gesundheit vorausgesetzt. Als praktizierende Therapeuten der damaligen Zeit fungierten Mediziner und Schamanen. Ihr Wissen umfasste einfache Therapiemethoden, Pharmakopöe, Einfühlungsvermögen sowie das Wohlwollen der Geister und die Kommunikation mit ihnen. Anhand von Ekstase waren die Mediziner und Schamanen in der Lage, sich Heilkraft zugänglich zu machen.<sup>19</sup>

Der Mediziner hatte zur Aufgabe, die auf den Kranken wirkende Kraft zu beseitigen. Damit er diese Handlungen vollziehen konnte, musste er die Ursache der Krankheit erkennen. Dazu stellte er eine Diagnose, mittels Fragen nach Verfehlungen, gebrochenen Tabus, Feinden, Träumen oder er wandte sich als Wahrsager mit seinen Fragen an die Geister.<sup>20</sup> Die Analyse von Träumen ist somit eine „sehr alte volkstümliche Tradition“. Sie wurde auch später in der Antike im 2. Jahrhundert n. Chr. von „Artemidor“ in mehreren Werken thematisiert und untersucht. Die Traumdeutung gehörte zu den „Existenztechniken“. Foucault (1999) schreibt dazu:

*„Denn die Bilder des Schlafes, oder zumindest einige von ihnen, galten als Realitätszeichen der Botschaften von Künftigem; sie zu entziffern war von hohem Wert: Ein verständiges Leben konnte dieser Aufgabe nicht entraten. [...] Im Schlaf nämlich geben die Götter Ratschläge, Winke und manchmal ausdrückliche Befehle.“<sup>21</sup>*

Zur Zeit der damaligen Mediziner und Schamanen war die Traumdeutung intuitiv. Der Diskurs und die kritische Analyse der Praktiken vollzog sich erst in der Antike.

## 4.2 Die frühen Hochkulturen

Das Krankheitsbild in den frühen Hochkulturen war neben magisch-dämonistischen Krankheitsursachen auch von polytheistischen Entstehungsgründen geprägt.<sup>22</sup> In den folgenden Teilkapiteln werden die Medizinkonzepte der alten Hochkulturen beschrieben.

### 4.2.1 Mesopotamien

Die Kultur in Mesopotamien entwuchs zwei Völkerstämmen, den Sumerern und den Akkadern. In diesem Teilkapitel werden die Einflüsse für die Medizin für Mesopotamien im Allgemeinen betrachtet – auf eine eingehende Zuordnung der Einflüsse zu den einzelnen Völkern wird verzichtet.

---

<sup>19</sup>Eckart, 1998, 10f

<sup>20</sup>Sigerist, 1963, 166ff; Donahue, 1996, 13f

<sup>21</sup>Foucault, 1999, 11

<sup>22</sup>Eckart, 1998, 17

Das mesopotamische Weltbild war teilweise mathematisch und auf Naturbeobachtungen ausgerichtet. Schon um 2700 v. Chr. liegen Überlieferungen zum Heilgott Ningizzida vor, dessen Symbol – der schlangenumwundene Stab – noch heute als Arztzeichen bekannt ist (vgl. Kapitel 4.3 Antikes Griechenland).<sup>23</sup> Schon in den frühen Hochkulturen existierte neben der religiösen Komponente auch eine naturwissenschaftliche Auseinandersetzung mit Krankheiten.

Der bedeutende König von Babylon, *Hammunrapi* (1728-1648 v. Chr.) erliess zahlreiche Gesetze für sein Volk. Das Sammelwerk dieser Gesetze ist das älteste erhaltene Gesetzbuch der Welt – der *Codex des Hammunrapi*. Es regelt die Rechte und Pflichten des Einzelnen und des sozialen Lebens. Der *Codex des Hammunrapi* widmet sich der Stellung der Heilkunde, des Kranken und des Arztes innerhalb der Gesellschaft. Der Codex sieht für Körperverletzungen und Missbräuche durch den Arzt strenge Sanktionen vor und berichtet über Mietverträge mit Ammen sowie über eine Gebührenordnung<sup>24</sup> für Chirurgen.<sup>25</sup> Bereits rund 2000 v. Chr. galt der Patient als schützenswert durch den Staat. Die Gesetze waren darauf ausgerichtet die Patientinnen und Patienten einerseits vor körperlichem Schaden und andererseits von finanziellem Verlust zu schützen. Heute hat der Staat noch immer eine regulierende Rolle im Gesundheitswesen inne. Einerseits sichert er den Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens für alle seine Mitglieder und andererseits reguliert er die knappen Ressourcen, damit eben genannter Anspruch erfüllt werden kann. Wie der folgende Abschnitt erläutert war die Stellung der Kranken aufgrund des vorherrschenden Weltbildes trotz der fortschrittlichen Rechtsgrundlage erschwert. Der enge Bezug von vorherrschendem Weltbild und dem Umgang mit Kranken blieb noch über Jahrtausende hinweg bestehen – ebenso wie das Zusammenspiel von Religion und Gesundheit.

Das damals vorherrschende Weltbild machte Götter und übernatürliche Kräfte für Gesundheit und Krankheit der Menschen verantwortlich: Lebte man im Einklang mit der Religion, blieb man gesund. Missachtete man allerdings die Gebote, wurde man mit Krankheit bestraft.<sup>26</sup> Diese Sichtweise impliziert, dass der Mensch Krankheit und Gesundheit durch seine Handlungen selbst in der Hand hat und bestimmt. Die Stellung der Kranken unter diesem Gesichtspunkt war stark erschwert. Die Ärzte zählten damals zur Klasse der Priester und waren nebst der Heilung für die Versöhnung mit den Göttern verantwortlich. Krankheitsursachen lasen sie aus dem Verhalten der Tiere, des Feuers, der Flüsse, Pflanzen und Träume. Die Zahlenmystik, wie beispielsweise die Symbolik der Zahl 7, gewann an Bedeutung. Die Therapie und Betreuung von Kranken sprach die Seele und den Körper an. Mit der Behandlung und der Pflege waren gleichermassen

---

<sup>23</sup>Bauer, 1965, 15

<sup>24</sup> „Bei Behandlung eines Herren bei Abszesseröffnung oder Augenrettung werden 10 Schekel Silber veranschlagt, für die gleiche Behandlung bei einem Sklaven zahlt sein Herr nur 2 Schekel. Tötet der Arzt bei Abszesseröffnung durch sein Bronzemesser den Patienten oder raubt er das Augenlicht des Herrn, so soll ihm die Hand abgehauen werden. Den Tod eines Sklaven muss er ersetzen.“ (Bauer, 1965, 25)

<sup>25</sup>Donahue, 1996, 38f; Bauer, 1965, 23ff; Seidler, 1993, 23ff

<sup>26</sup>Donahue, 1996, 28



#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

Arzt und Priester als auch die Familie betraut.<sup>27</sup> Als Therapieformen dienten Besänftigungsrituale für erzürnte Gottheiten, Amulette und Medikamente, wie medizinische Bäder oder Umschläge. In einfacher Form wurden schon kleine chirurgische Eingriffe ausgeführt, beispielsweise Aderlasse oder Schröpfungen.<sup>28</sup> Für Foucault (2011) ist die Familie der natürliche Ort des Lebens und somit auch der natürliche Ort der Krankheit. Dort zeigt sich die wahre Natur der Krankheit. Er beschreibt die häusliche Medizin folgendermassen:

*„Die notwendige Aufgabe der häuslichen Medizin liegt darin, rücksichtsvoll zu sein, die „Kranken zu beobachten, die Natur zu unterstützen, ohne ihr Gewalt anzutun, und abzuwarten im bescheidenen Eingeständnis, dass noch vieles an Erkenntnis fehlt.“<sup>29</sup>*

Für das Gesundheitswesen heisst das für Foucault:

*„Wenn die Familie mit dem Unglücklichen durch eine natürliche Pflicht des Mitleids verbunden ist, so die Nation durch eine gesellschaftliche und kollektive Pflicht der Fürsorge.“<sup>30</sup>*

##### 4.2.2 Ägypten

Fresken aus dem Jahr 4300 v. Chr. liefern erste Hinweise für medizinisches Denken in Ägypten. Darauf abgebildet ist unter anderen der Gott *Ptah*, der Gott der Pest. In Ägypten um 3200 v. Chr. war der Götterkult übermächtig. Für jede Krankheit, selbst für jedes Organ oder jedes Körperglied verehrten die Ägypter eine andere Gottheit. Unterstützung bei der Therapie von Kranken fanden die Priester im Tempelschlaf und in der Traumdeutung.<sup>31</sup> Als Schutzgott der Ärzte galt *Thot* – selbst Arzt und Erfinder der Heilkunde.<sup>32</sup> Obwohl die prävalenten Ursachen von Krankheiten übernatürlichem Ursprung zugeschrieben wurden, gab es für verschiedene Krankheiten auch natürliche resp. körperliche Erklärungen.<sup>33</sup> Hier wird das oben angedeutete Wechselspiel von religiösen und naturwissenschaftlichen Erklärungen für Krankheiten nochmals deutlich. Diese Dualität in der Krankheitsursache fusst in den Anfängen der Heilkunde und kann zum Teil in verschiedenen Kulturen noch heute beobachtet werden.

Die Kranken suchten bei Ärzten, Priestern oder in Zauberformeln Hilfe für ihre Leiden.<sup>34</sup> Die Bedeutung dieser Form der Medizin wird in Papyri mit über 1200 medizinischen Texten deutlich. Sie enthalten Kenntnisse aus allen Perioden der altägyptischen Kultur,

---

<sup>27</sup>Sigerist, 1963, 405; Seidler, 1993, 24f

<sup>28</sup>Eckart, 1998, 24f; Sigerist, 1963, 449

<sup>29</sup>Foucault, 2011, 34

<sup>30</sup>Foucault, 2011, 56

<sup>31</sup>Bauer, 1965, 15

<sup>32</sup>Sigerist, 1963, 297

<sup>33</sup>Seidler, 1993, 26; Flügel, 2006, 15

<sup>34</sup>Sigerist, 1963, 245

indes der Zeitraum der Niederschriften vermutlich in den Jahren zwischen 2000 und 1250 v. Chr. liegt. Das älteste Papyri (Kahun) aus dem Jahre 2000 v. Chr. gibt erste Aufschlüsse über die Gynäkologie und Veterinärmedizin der damaligen Zeit. Einige Papyri beschreiben die ärztliche Behandlung in Ägypten als systematischen Vorgang<sup>35</sup>:

- Vorläufige Bewertung des Kranken
- (Instruktionen für die) Untersuchung des Patienten und die Suche nach diagnostischen Zeichen
- Diagnose und Prognose
- Angaben zur Behandlung<sup>36</sup> (Zahlreiche Stoffe wie Mohnsaft oder Kochsalz wurden verabreicht. Die Verabreichung erfolgte in Bier oder Honig)

Nebst diesem rudimentären Untersuchungsablauf existierte in Ägypten eine Spezialisierung des Ärztestandes, wobei es sich bei den Ärzten überwiegend um Priester handelte. Es fand eine klare Abgrenzung zwischen Magier, Arzt, Apotheker, medizinischem Helfer und Spezialisten statt. Einmaliges Ansehen genossen die Hofärzte der Pharaonen, die einen starken Einfluss auf das öffentliche Gesundheitswesen ausübten (Reinheit der Kleidung, Körperpflege oder Ernährung).<sup>37</sup> Die ägyptische Medizin wird vielerorts ruhmvoll beschrieben, so auch bei Herodot:

*„Nur für eine einzige Krankheit ist jeder Arzt da und nicht für mehrere. Und alles ist von Ärzten voll; denn die einen stehen da als Ärzte für die Augen, die anderen für den Kopf, die anderen für die Zähne, die anderen für den Unterleib, die anderen für die inneren Krankheiten.“*<sup>38</sup>

Dieses Zitat verdeutlicht, dass bereits früh in der Geschichte eine Spezialisierung in der Medizin angestrebt und diese Spezialisierung als Qualitätsmerkmal angesehen wurde. Im Papyrus Ebers (1550 v. Chr.) sind zahlreiche Hinweise auf die Hygiene- und Therapievorschriften sowie auf die gebräuchlichsten Zaubersprüche, Beschwörungsformeln und Drogen der Ägypter aufgeführt.<sup>39</sup>

Die Kranken galten in Ägypten als unterstützungs- und hilfebedürftig und ein toleranter Umgang mit Menschen mit einer Behinderung wurde gepflegt. An dieser Stelle ist nochmals auf die Stellung der Kranken hinzuweisen: Im Vergleich zu Mesopotamien, wo ein Leben im Einklang mit der Religion Gesundheit versprach und die Krankheit als Bestrafung die Stellung der Kranken erschwerte, war in Ägypten die Stellung der Kranken

---

<sup>35</sup>Seidler, 1993, 26f

<sup>36</sup>Die Ärzte machten auch Hausbesuche und führten chirurgische Eingriffe bei den Patientinnen und Patienten durch – im Gegensatz zu Mesopotamien, wo ambulante Eingriffe auf dem Markplatz stattfanden. Dies bedingt aber eine pflegerische Unterstützung der Kranken. Diese Handlungen übernahm in der Regel die Familie. (Seidler, 1993) Bilsenkraut, Mohn, Alraune oder Haschisch wurden als Betäubungsmittel eingesetzt. (Bauer, 1965)

<sup>37</sup>Seidler, 1993, 26f

<sup>38</sup>Edel, 1976, 39; Künzl, 2002, 9; siehe auch Sigerist, 1963, 293

<sup>39</sup>Bauer, 1965, 15, 18f; Donahue, 1996, 31

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

als Schutzbedürftige besser. Obwohl sowohl in Ägypten als auch in Mesopotamien für Krankheiten religiöse und körperliche Erklärungen existierten, beeinflusste das jeweils vorherrschende Weltbild dennoch eine andere Stellung und einen anderen Umgang mit den Kranken.<sup>40</sup>

Nach einer Periode, der für damalige Verhältnisse fortschrittlichen Medizin, setzte mit dem Wirtschafts- und Kulturaustausch mit Mesopotamien um 1400 v. Chr. eine Rückkehr zum Magischen ein. Speziell *Echnaton* schuf mit religiösen Reformen eine Rückkehr zum Aberglaube und zum Götterkult – auch in der Medizin. Obwohl bei *Ramses I* das magische Denken in der Medizin ebenfalls dominierte, gibt es Zeitzeugnisse von medizinischen Ausbildungen – beispielsweise der Medizinschule zu Heliopolis oder der Schule für Frauenheilkunde zu Sais.<sup>41</sup>

Später, um 447 v. Chr., war das Wissen in der Unfall- und Kriegschirurgie in Ägypten stark gewachsen. Lehrpriester verfügten über ausgeprägtes Spezialwissen, das sie in Tempeln an künftige Priesterärzte weitergaben.<sup>42</sup>

##### 4.2.3 Indien

Historische Aspekte der Medizin und Heilkunde in Indien sind relevant, da noch heute die altindischen Bräuche in Kombination mit neuen Erkenntnissen praktiziert werden und die abendländische Medizin stark beeinflusst haben. Die indische Medizin geht im Gegensatz zur griechischen Medizin (natürlicher Heilplan) von einem geistigen Heilplan aus. In Indien liegt das Schwergewicht weniger auf dem Heilen der Krankheit, sondern stärker auf der Pflege der Gesundheit.<sup>43</sup> Die indische Medizin verfolgt einen gegensätzlichen Ansatz zur westlichen Medizin. Noch bis in die heutige Zeit sind die Grundsätze der indischen Medizin erhalten geblieben und werden nach wie vor – auch in der westlichen Welt – praktiziert. Eine mögliche Erklärung für die Erhaltung kann die enge Bindung der Medizin an die Religionsphilosophien in Indien sein, die auch noch heute bestimmenden Charakter für die Lebensführung haben. Darüber hinaus haben die indischen Religionsphilosophien in der Gesellschaft einen hohen Stellenwert. Durch ihre Ganzheitlichkeit und ihren Fokus auf die Gesundheitserhaltung können sie als Anleitung für ein gesundes Leben verstanden werden. Eine Ausrichtung, die der westlichen Medizin bis in die heutige Zeit fehlt. Schreiner (2001) verdeutlicht, warum in der heutigen Zeit eine Ganzheitlichkeit in der Lebensführung schwierig ist:

*„Der Mensch in der modernen Gesellschaft kann so sein Handeln nicht mehr an einem in sich abgeschlossenen Werte- und Normsystem ausrichten; er ist mit mehreren, mitunter miteinander konkurrierenden und sich widersprechenden Werte- und Normsystemen konfrontiert. Für diese Situation wurde*

---

<sup>40</sup>Seidler, 1993, 26f

<sup>41</sup>Bauer, 1965, 22f

<sup>42</sup>Bauer, 1965, 35f

<sup>43</sup>Seidler, 1993, 35

*der Begriff des Wertpluralismus geprägt. [...] Mit Wertpluralismus ist nun nicht nur gemeint, dass es unterschiedliche Wertesysteme und -vorstellungen gibt. Die gab es zu allen Zeiten. [...] sondern] die Tatsache, dass es in den modernen Gesellschaften keine Instanz mehr gibt, die die Macht hätte, einen bestimmten, das ganze Leben umfassenden Moralkodex durchzusetzen. [...]*<sup>44</sup>

Die Geschichte der indischen Heilkunde lässt sich in drei grosse Epochen (Veda-Periode, 2000 v. Chr. - 800 v. Chr.; Brahmanische Periode, 800 v. Chr. - 1000 n. Chr.; Arabische Periode, ab 1000 n. Chr.) unterteilen. Im Folgenden werden nur die beiden ersten Epochen beschrieben. Auf eine Erläuterung zur arabischen Periode wird verzichtet, da sich die Einflüsse der frühen Hochkulturen in Indien noch bis in unsere Zeit erhalten haben.<sup>45</sup>

### *Die Veda-Periode (2000 v. Chr. - 800 v. Chr.)*

Veda heisst übersetzt so viel wie Wissen, heilige Kunde. Die Texte sind in Sanskrit verfasst und beinhalten Gebete, Beschwörungsformeln und Zaubersprüche. Sie sind eine Mischform von religiösen, magischen und empirischen Anschauungen und Behandlungsmethoden. Alle späteren indischen Religionsphilosophien haben ihren Ursprung in den Vedas. Sie stehen noch heute in engem Zusammenhang mit der indischen Medizin.<sup>46</sup> Die Priester waren die Hüter der Hygiene und der medizinischen Tradition. Krankheiten behandelten sie mit Zaubersprüchen, Hymnen und Dämonenbeschwörungen, körperlicher Reinigung oder mit Arzneikräutern.<sup>47</sup>

### *Die brahmanische Periode (800 v. Chr. - 1000 n. Chr.)*

In der brahmanischen<sup>48</sup> Medizin waren die Sittenlehren von Parschawa um 750 v. Chr. sehr einflussreich. Daneben war nach 700 v. Chr. die Lichtreligion von Zarathustras bedeutsam.<sup>49</sup> Um 490 v. Chr. entstand in Indien und angrenzenden Ländern durch die Lehre von Gautama Buddha die buddhistische Medizin. Mitleid mit allen Geschöpfen sowie Gnade und Gerechtigkeit für Mensch und Tier verkörpern – vereinfacht dargelegt – wesentliche Werte des Buddhismus.<sup>50</sup> Anfänglich unterlag die buddhistische Medizin stark den Einflüssen der vedischen Periode, erst später gewannen Krankheitsprophyla-

---

<sup>44</sup>Schreiner, 2001, 20

<sup>45</sup>Seidler, 1993, 30 u. 34

<sup>46</sup>Exkurs: „In der indischen Philosophie ist die Welt nicht materiell, sondern geistig interpretiert; Schlüsselbegriffe sind das Brahman, die Weltseele, das Atman, die individuelle Seele des Menschen, sowie die Vorstellung von der zyklischen Wiedergeburt des Menschen, das Karma. Wichtig für die Medizin war die Philosophie des Yoga, eine erlernbare Methode innerer Konzentration bis zur völligen geistigen und körperlichen Loslösung von der Welt. Schliesslich gipfelte diese Entwicklung in der Religionsphilosophie des Gautama Buddha (etwa 560 bis 468 v.Chr.) mit ihren vier Prinzipien der Duldsamkeit, der Gewaltlosigkeit, der universalen Barmherzigkeit und der allgemeinen menschlichen Sittlichkeit.“ (Seidler, 1993, 30f)

<sup>47</sup>Sigerist, 1963, 612-625; Bauer, 1965, 26; Eckart, 1998, 30; Seidler, 1993, 31

<sup>48</sup>Brahma ist der indische Gott der Macht und des Universums. (Donahue, 1996, 46)

<sup>49</sup>Bauer, 1965, 29

<sup>50</sup>Donahue, 1996, 48

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

xe, Hygiene und Diätetik an Bedeutung.<sup>51</sup> Die Säftelehre war in Indien ebenfalls weit verbreitet (vgl. Kapitel 4.3 Antikes Griechenland). Erste kosmetische Eingriffe wurden mittels Gipsplastiken für Nasen, Ohren oder Lippen vorgenommen. Daneben wurden beispielsweise Wassertherapien, Bäder, Kräuterkissen und Heilpflanzen in der Therapie eingesetzt. Interessant ist überdies der Aspekt, dass neuentdeckte Gifte erst bekannt gegeben werden durften, wenn ein Gegenmittel bekannt war. In Ceylon (heutiges Sri Lanka) baute Kaiser Aschoka erste Krankenhäuser für Menschen und Tiere und liess hygienische Einrichtungen und Kanalisationen errichten.<sup>52</sup> Bei den Brahmanen gehörten die Ärzte den hohen Kasten an. Wie im antiken Griechenland wurde das Heilwissen über das Lehrmeisterprinzip weitergegeben. Die Krankenpflege praktizierten aus sittlichen und religiösen Gründen ausschliesslich Männer. Hervorzuheben ist, dass Pflegepersonen schon ausdrücklich einen pflegerischen Auftrag hatten und im Heilplan neben Arzt, Heilmittel und Patient fest verankert waren.<sup>53</sup>

Die Werke von *Charaka* (2. Jahrhundert; chirurgischer Gesichtspunkt), *Sushruta* (ca. 400 n. Chr.; medizinischer Gesichtspunkt) und *Vagbhata* (ca. 7. Jahrhundert n. Chr.) waren für die Krankenpflege in Indien wegweisend. Seit *Charaka* heisst die traditionelle indische Medizin *ayurveda* (Weisheit des langen Lebens). Körper und Seele charakterisieren Spiegel der Natur und des Kosmos und sind darin eingebunden. Der Mensch und die Natur werden nicht getrennt, sondern als Ganzes gesehen. Für die Diagnose werden alle fünf Sinne miteinbezogen.<sup>54</sup>

#### 4.2.4 China

Wie für ganz Asien, zeigt die chinesische Medizin gleichfalls innere Zusammenhänge von Heilkunde, Philosophie und Religion. Der Ahnenkult, als Form der Religionsausübung, sah Ahnen als Götter der Familie und des Hauses. Ferner wurden Naturgötter verehrt. Die Ahnenmedizin schrieb die Ursachen von Krankheiten dem Wirken von Toten zu.<sup>55</sup> Neben den Ahnen als Ursachen für Krankheiten war auch von unheilvollem Wind oder Schnee als Krankheitsgrund die Rede. Daneben existierte das Heilsystem der Dämonenmedizin, das wie die Ahnenmedizin auf der Existenz von sichtbaren und

---

<sup>51</sup>Arzt, Heilmittel, Pflegenden und Kranken sind gemäss den vier edlen Wahrheiten von Buddha vier Grundeigenschaften zugeordnet: „Der Arzt muss geschickt sein, seine Wissenschaft von einem würdigen Lehrer empfangen haben, praktische Ausbildung besitzen und lauter sein. Das Heilmittel soll verschiedenartige Anwendbarkeit besitzen, unzersetzbar sein, kräftige Wirkung haben und für die Krankheit geeignet sein. Der Pflegende sei voller Hingebung an den Kranken, unterrichtet und geschickt in seiner Arbeit, er sei klug und rein an Körper und Geist. Der Kranke sei mitteilksam, dem Arzte ergeben, von gutem Charakter und reich.“ (Seidler, 1993, 34; Donahue, 1996, 47f)

<sup>52</sup>Bauer, 1965, 34; Seidler, 1993, 33

<sup>53</sup>Diese Selbstverständlichkeit, mit der die Pflege einbezogen wurde, zeigt sich im folgenden Satz deutlich: „Wo die ärztliche Technik versagt und der Kranke nur noch leidet: dann *soll man, wenn ein Rest des Lebens bleibt, durch pflegerische Behandlung mit Zuträglichem zu lindern suchen.*“ (Bauer, 1965, 35)

<sup>54</sup>Donahue, 1996, 46f; Seidler, 1993, 32f

<sup>55</sup>Seidler, 1993, 35f; Unschuld, 1980, 20; Eckart, 1998, 32f

unsichtbaren Wesen beruhte. Zur Behandlung wurden Amulette, Bannsprüche und Rituale eingesetzt.<sup>56</sup> Ab 1135 bis 256 v. Chr. vollzog sich ein Wandel und die Medizin trennte sich allmählich vom Priesterstand.<sup>57</sup> *Konfuzius* lehrte die fünf Tugenden der Moralphilosophie (Konfuzianismus): Menschlichkeit, Gerechtigkeit, Güte, Weisheit und Treue. Der Konfuzianismus ist hauptsächlich auf die Ordnung des irdischen Soziallebens ausgerichtet. Ein weiteres religiöses System in China war der Taoismus, der von einer allumfassenden, durch den menschlichen Geist kaum fassbaren Naturgesetzlichkeit ausging. Die dritte bedeutende Religion, die um 100 n. Chr. nach China kam, war der Buddhismus. Das *karma*-Konzept ist im Buddhismus die moralische Grundlage, auf der menschliches Handeln bewertet wird. Alle drei Religionsrichtungen beeinflussten die chinesische Heilkunde massgeblich.<sup>58</sup>

Die chinesische Krankheitslehre geht von zwei Urpotenzen aus, die in der ganzen Natur vorkommen. Das *yin* (weiblich, dunkel / Aussenseite des Körpers / Herz, Leber, Lunge) und das *yang* (männlich, hell, aufbauend / Innenseite des Körpers / Magen, Gallenblase, Dickdarm, Blase).<sup>59</sup> Wenn die beiden Prinzipien nicht miteinander in Harmonie stehen, wird der Mensch krank.<sup>60</sup> Die yinyang-Lehre beruht auf der Annahme, dass zahlreiche Naturphänomene und abstrakte Vorstellungen als Assoziationsreihen<sup>61</sup> in Erscheinung treten. Um 300 v. Chr. wurde diese Lehre durch die fünf Wandlungsphasen erweitert. Die Zahl 5 war dabei massgeblich (Fünf Grundelemente: Holz, Feuer, Erde, Metall, Wasser / Fünf Planeten, Jahreszeiten, Gemütsbewegungen, Fünf Hauptleiden etc.).<sup>62</sup> Neben den religiösen Einflüssen wurden im Übrigen empirische Heilverfahren, wie Atemtherapie, Massage, Heilgymnastik, Akupunktur<sup>63</sup> und Moxibustion<sup>64</sup> praktiziert.<sup>65</sup>

Der 2737 v. Chr. lebende Kaiser *Chen nung* erforschte, Giftpflanzen und Heilkräuter. Der Kaiser *Huang-ti* (2704 – 2650 v. Chr.) war als Amateurarzt tätig. Auf ihn geht die Erkenntnis eines nie endenden Blutkreislaufes zurück. Im Jahr 2511 v. Chr. beauftragte Kaiser *Tschan Hü* Gelehrte, eine Enzyklopädie abzufassen – die goldenen Spiegel der Medizin. Erst viel später, um 200 v. Chr., entwickelte sich eine Spezialisierung in der chinesischen Medizin. Daneben blieb aber die magische Priestermedizin bestehen.<sup>66</sup>

<sup>56</sup>Unschuld, 1980, 26 - 35

<sup>57</sup>Bauer, 1965, 30

<sup>58</sup>Donahue, 1996, 50; Seidler, 1993, 35ff; Unschuld, 1980, 48-69/100; Eckart, 1998, 34

<sup>59</sup>Donahue, 1996, 50; Unschuld, 1980, 145

<sup>60</sup>Bauer, 1965, 20

<sup>61</sup>Assoziationsreihen entsprechen den Dualitäten und gegenseitigen Zuordnungen von yin zu yang resp. ihren jeweiligen Elementen. (Rathgeb, 1992, 88)

<sup>62</sup>Unschuld, 1980, 51ff; Eckart, 1998, 34

<sup>63</sup>Die Akupunktur geht davon aus, dass Punkte auf der Hautoberfläche mit Organen verbunden sind und über das Einstechen von Nadeln innere Leiden beeinflusst werden können. Bestimmte Gruppierungen von Punkten sind über Meridiane miteinander verbunden. Nadelart, Einstichtiefe, Dauer, Körperhaltung sind bei der Behandlung zu beachten. (Donahue, 1996, 51; Seidler, 1993, 37)

<sup>64</sup>Ähnlich wie die Akupunktur funktioniert die Moxibustion, wo Heilkräuter auf Akupunkturpunkten verbrannt werden. (Eckart, 1998, 35; Donahue, 1996, 51)

<sup>65</sup>Seidler, 1993, 35ff

<sup>66</sup>Bauer, 1965, 20f

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

Eine Besonderheit der chinesischen Medizin ist, dass der Staat schon sehr früh die Heilkunde gesteuert hat. Bereits im 6. Jahrhundert soll es in China Krankenhäuser gegeben haben.<sup>67</sup>

### 4.3 Antikes Griechenland

Die westliche Kultur wurde vom griechischen Altertum geprägt. Bis heute sind Ausläufer der damaligen Kultur als Bestandteile unserer Sprache oder unseres Sozialverhaltens präsent. Die griechische Medizin legte das Fundament für die heutige Medizin. Sie ist nicht nur geschichtlich von Bedeutung, sondern auch paradigmatisch. Der *Hippokratische Eid* mit seinen hohen moralischen Standards gilt als Grundstein der Medizinethik.<sup>68</sup> Die alte griechische Medizin und Krankenpflege hatten über 2000 Jahre Bestand und waren „bis ins 19. Jahrhundert hinein offizieller Lehrstoff an allen medizinischen Ausbildungsstätten, um erst dann von der naturwissenschaftlichen Methode [...] nachhaltig verdrängt zu werden.“<sup>69</sup>

Das antike Griechenland unterlag, aufgrund seiner geographischen Lage, Einflüssen der ägyptischen, mesopotamischen und phönizischen (Buchstabenschrift<sup>70</sup>) Kulturen. Archäologen fanden Wasserversorgungsanlagen, Kanalisationen, Badeeinrichtungen und eine Müllbeseitigung.<sup>71</sup> Neben empirischem Wissen über Krankheiten existierte der Glaube an die olympischen Götter. *Apollo* als Gott der Krankheit und Heilung blieb als Heilgott über die Antike hinaus geschichtsträchtig. Mit seiner sterblichen Geliebten *Koronis* soll *Apollo Asklepios* gezeugt haben, den Arzt, der im 5. Jahrhundert v. Chr. den eigentlichen Gott der Heilkunst verkörperte und das Symbol des schlangenumwundenen Stabes als Signum des Ärztestandes hervorbrachte.<sup>72</sup> Als personifizierte Gesundheit galt die Tochter von *Asklepios* – *Hygieia*.<sup>73</sup> *Asklepios* zu Ehren wurden vielerorts Tempel errichtet (nicht nur in Griechenland, sondern auch in Rom), die als Kultstätten und Therapiezentren dienten. In den Tempeln arbeitete geschultes Pflegepersonal.

Anfänglich wurden als Ärzte tätige Priester als *Asklepiaden* bezeichnet, bald löste sich der Ärztestand von der Priesterschaft und das Wissen wurde vom Vater an den Sohn weitergegeben. Zur Ausbildung der Söhne wurden *Asklepiadenschulen* errichtet.<sup>74</sup> Das waren keine Schulen im eigentlichen Sinne, sondern zunftmässige Zusammenschlüsse ärztlicher

---

<sup>67</sup>Seidler, 1993, 39

<sup>68</sup>Van der Eijk, 2011, 20

<sup>69</sup>Seidler, 1993, 40f

<sup>70</sup>In den Heldenepen *Ilias* und *Odyssee* von Homer (um 800 v. Chr.) sind Heilverfahren wie Blutstillung und Wundtherapie an Kriegsverletzung ausführlich beschrieben. (Seidler, 1993, 41; Bauer, 1965, 27)

<sup>71</sup>Bauer, 1965, 37

<sup>72</sup>Seidler, 1993, 41

<sup>73</sup>Künzl, 2002, 19; Sigerist, 1963, 533; Donahue, 1996, 53

<sup>74</sup>Eckart, 1998, 44f; Sigerist, 1963, 531; Seidler, 1993, 42f

Handwerker, die ihr Wissen nach dem Lehrmeisterprinzip an ihre Schüler weitergaben.<sup>75</sup> Auch Frauen nahmen in der Krankenpflege und Heilkunst eine tragende Rolle ein, beispielsweise *Helena von Troja*. Auf sie wird das Wissen über Opium zurückgeführt.<sup>76</sup>

Wie eingangs erläutert, steht die Sorge im Zentrum des medizinischen Denken und Handelns. Diese Verbindung intensivierte sich bis ins antike Griechenland noch.

*„Bis hin zu dem Punkt, wo Plutarch – zu Beginn der Weisungen zur Gesundheitspflege – sagen kann, dass Philosophie und Medizin „ein und denselben Bereich“ (mia chora) verwesen. In der Tat verfügen sie über ein gemeinsames Begriffsspiel, dessen Kernstück der Begriff des „Pathos“ ist; er bezeichnet ebensowohl die Leidenschaft wie die physische Krankheit, die Störung des Körpers wie die unfreiwillige Regung der Seele; und im einen wie im anderen Falle verweist er auf einen Zustand von Passivität, der für den Körper die Form einer Störung im Gleichgewicht seiner Säfte oder seiner Qualitäten und für die Seele dienjenige einer Bewegung, die Überhand über sie zu gewinnen vermag, annimmt.“<sup>77</sup>*

In dem Masse, indem die medizinische Sorge an Bedeutung gewann, erlangte auch die körperliche Kraft grössere Beachtung. Gleichzeitig fand auch der Einfluss des Seelischen auf den Körper Eingang in medizinische und philosophische Überlegungen. Der „*Kontaktpunkt*“ von Körper und Seele galt als „*Schwachstelle des Individuums*“, der man bei körperlichen Gebrechen in Therapien und Behandlungen Aufmerksamkeit entgegenbrachte.<sup>78</sup>

#### 4.3.1 Naturphilosophie und Säftelehre

Mit Erklärungen für natürliche Vorgänge, der Frage nach dem Ursprung aller Dinge, dem Urstoff beschäftigten sich die Naturphilosophen. Der erste Naturphilosoph *Thales von Milet* (624-548 v. Chr.) sah Wasser als Grundstoff aller Dinge, da Wasser für alles Lebendige unentbehrlich ist. In gleicher Weise waren die Lehren von *Pythagoras von Samos* (570-480 v. Chr.) für die Heilkunde von grosser Bedeutung.<sup>79</sup> Diese ionische Philosophietradition hat beispielsweise auch die Wirtschaftswissenschaften stark beeinflusst. Pythagoras war einer der Philosophen, die die Zahl als das Wesen der Dinge beschrieben. Für die Pythagoreer waren die Zahlen „*von mystischer Signifikanz durchdrungen*“.

*„Für Pythagoras war eine Zahl keine blosse Quantität, die Zählung von irgendetwas, sondern auch eine Qualität, die ein Mittel für die Beschreibung*

---

<sup>75</sup>Bauer, 1965, 32

<sup>76</sup>Seidler, 1993, 42ff

<sup>77</sup>Foucault 1989, 75

<sup>78</sup>Foucault, 1989, 79f

<sup>79</sup>Seidler, 1993, 46



#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

*des Prinzips einer harmonisierten Welt, des Kosmos, werden sollte. [...] Die Pythagoreer waren die Ersten, die sich mit den Möglichkeiten befassten, die Welt auf eine numerische Form zu reduzieren.“<sup>80</sup>*

Er erachtete die Zahl als Beherrscherin aller Dinge und sah in der Ordnung und den Gesetzen der Harmonie die bestimmende Natur für Gesundheit und Krankheit. Durch die Beeinflussung der Harmonie hat der Mensch Gesundheit und Krankheit selbst in der Hand.<sup>81</sup> Das damalige Menschenbild legt die Verantwortung für die Gesundheit wieder ganz in die Hände und Kontrolle der Menschen. Dies machte sich insbesondere im Zuge der wachsenden Bedeutung der Naturwissenschaften bemerkbar.

Die Musik als höchste Form der Harmonie der Zahl wurde deshalb in Therapien eingesetzt. Eine Weiterentwicklung der Naturphilosophie geschah durch die Lehre von Feuer, Wasser, Erde und Luft als vier gleichwertige Elemente. Darauf baut die *Säftelehre*<sup>82</sup> oder *Humoralpathologie* auf, die durch die hippokratische Medizin weiter ausgebaut und bis in 19. Jahrhundert fester Bestandteil der Medizin blieb. Die Lehre sieht sich als Pendant zu den vier Elementen des Makrokosmos, die vier Elemente Blut, gelbe Galle, schwarze Galle und Schleim des Mikrokosmos (Mensch). Die körpereigenen Säfte verfügen gemäss der Säftelehre über die Qualitäten der Urelemente, entsprachen Lebensalter und Jahreszeiten, bestimmten das Temperament und konstituierten, wenn sie im Gleichgewicht waren, die Gesundheit des Menschen. Der Säftelehre eigen war, dass die Krankheit einen individuellen Charakter hatte, der bestimmt war, von der natürlichen Heilkraft – *physis*. Sie wurde beeinflusst durch die innere Konstitution des Kranken und durch die Umwelt (Wohnort, Klima etc.).<sup>83</sup>

##### 4.3.2 Die hippokratische Medizin

Der bedeutendste Arzt aller Zeiten und „Vater der Heilkunde“ – *Hippokrates* – lebte im 5. Jahrhundert v. Chr., der Blütezeit der griechischen Kultur. Hippokrates sah als Krankheitsursachen keine überirdischen oder dämonischen Einflüsse, sondern vereinte

---

<sup>80</sup>Sedlacek, 2012, 129f

<sup>81</sup>Seidler, 1993, 46

<sup>82</sup>Der Denkansatz, der dieser Theorie zugrunde liegt, ist die Mikrokosmos-Makrokosmos-Idee. Der Ansatz geht davon aus, dass alles, was sich die Ordnung im Gesamtkosmos resp. die Bestandteile des Makrokosmos, im Menschen (Mikrokosmos) wiederholt. (Seidler, 1993, 46)

<sup>83</sup>Seidler, 1993, 44ff; Eckart, 1998, 49-52; Sigerist, 1963, 566ff und 434-479 Exkurs: „Noch andere, für die Entfaltung des wissenschaftlichen Denkens wichtig Themen hat die griechische Naturphilosophie hervorgebracht, die jedoch [...] hinter der Elementenlehre zurückstanden. Sie alle sind Versuche, die Prinzipien von Bewegung und Gestaltung der Natur zu begreifen und reichen von der Theorie des absolut Unendlichen des Anaximander bis zur Vorstellung einer über die Vielzahl hinausgehenden unbegrenzt teilbaren Zahl von elementaren Urstoffen. Für die Heilkunde wichtig waren dabei die Lehren des Demokrit von Abdera (um 460 v. Chr.) und seines Lehrers Leukippos, deren Welterklärung bis zur Vorstellung kleiner, unteilbarer Teilchen (Atome) ins Detail geht.“ (Seidler, 1993, 48)

Erfahrungswissen und naturwissenschaftliche Theorien.<sup>84</sup> Von seinem Vater wurde er als Asklepiade in den Arztberuf eingeführt und unterrichtet. Er lernte bei berühmten Ärzten und Philosophen der damaligen Zeit. Zu seinen Lebzeiten war Hippokrates als Wanderarzt tätig und gründete die Medizinschule auf Kos. 100 Jahre nach seinem Tod stellten an der Schule von Alexandria ungenannte Autoren und Ärzte der hippokratischen Schule Abhandlungen über die damalige Heilkunde zusammen – das *Corpus Hippocraticum*.<sup>85</sup> Nach dem *Corpus Hippocraticum* gelten die sechs Prämissen gesunder Lebensführung:<sup>86</sup>

- Licht und Luft (aer)
- Speise und Trank (cibus et potus)
- Arbeit und Ruhe (motus et quies)
- Schlaf und Wachen (somnus et vigilia)
- Ausscheidungen und Absonderungen (secreta et excreta)
- Leidenschaft und Gemütsbewegungen (affectus animi)

Diese sechs Bereiche klassifizieren die *sex res non naturales* – sechs nicht natürliche Dinge, die zwischen den *res naturales* – den Elementen, Säften und Temperamenten und den *res contra naturam* – der Pathologie – angesiedelt waren. Als nicht natürlich galten die sechs Punkte, weil sie vom Mensch Anstrengung erfordern und nicht natürlich bestehen, sondern täglich neu geleistet werden müssen.<sup>87</sup>

Die hippokratische Medizin basiert auf der Elemente- und Säftelehre und sieht den Menschen in seiner Ganzheit. Nicht die Krankheit stand im Vordergrund, sondern der Kranke.<sup>88</sup> Das Gut der Gesundheit stellte das Ideal dar und erschwerte dadurch die Stellung der Kranken in der Gesellschaft. Der Kranke musste die Gesundheit wiedererlangen, um abermals als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu gelten.<sup>89</sup> Damit reiht sich die griechische Medizin in die Tradition der vergangenen Zeitalter ein. Die Gesundheit als Ideal verhalf der Medizin und den Ärzten zu hohem Ansehen. Die Heilkunde stand nicht mehr im Kampf mit magischen und übernatürlichen Kräften<sup>90</sup>, sondern unterstütz-

<sup>84</sup>Bauer, 1965, 33; Künzl, 2002, 21; Sigerist, 1963, 690-701; Donahue, 1996, 55; Kalisch & Kalisch, 2004, 3

<sup>85</sup>Eckart, 1998, 52ff; Seidler, 1993, 50; Bauer, 1965, 40

<sup>86</sup>Jankrift, 2005, 28; Eckart, 1998, 53f

<sup>87</sup>Seidler, 1993, 49 - 56

<sup>88</sup>Sigerist, 193, 708ff; „Hippokrates, der Asklepiade sagt, dass selbst die Natur des Körpers nur als Ganzes verstanden werden kann.“ (Temkin, 1971, 8)

<sup>89</sup>Sigerist, 1963, 721ff

<sup>90</sup>Hippokrates meinte: „Nach meiner Ansicht ist diese Krankheit in gar keiner Beziehung göttlicher oder heiliger als die anderen Krankheiten, sondern das Wesen ihrer Entstehung ist dasselbe wie bei den anderen Krankheiten. Die Menschen aber sahen infolge ihrer Unerfahrenheit und Verwunderung sowohl ihr Wesen wie auch ihre Ursache als etwa Göttliches an, weil sie in nichts den anderen Krankheiten gleiche [...]“ (Eckart, 1998, 56)

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

te den kranken Organismus bei der Genesung.<sup>91</sup> Die individuelle Behandlung kann als Hinweis dafür obwalten, dass die Krankheit als ablaufender Prozess erachtet wurde.<sup>92</sup> Der Patient wurde auf alle erdenklichen Symptome hin untersucht, zudem wurde das Umfeld (die Wohnung, Jahreszeit, Lagerung des Kranken etc.) in der Untersuchung berücksichtigt. Eine ganzheitliche Medizin wurde praktiziert. Prophylaxe spielte dabei eine wichtige Rolle.<sup>93</sup> Die hippokratischen Ärzte legten bei chirurgischen Eingriffen Wert auf die Herrichtung des Zimmers, auf die Position von Operateur und Gehilfen sowie auf die Reinigung von Händen und Nägeln. Die Diätetik, die Lebensweise war eine obligate Grundlage der Heilkunde. Dazu gehörten zahlreiche Vorschriften wie Kleidung, Körperpflege, Bäder, Redeübungen etc. Ebenfalls reihten sich das Leeren der verdorbenen Säfte mittels Schröpfen oder Aderlass in die Therapiepläne ein. Dabei galt jedoch: „*Jedes Zuviel ist dem natürlichen Heilungsbestreben feindlich, das Allmähliche dagegen ist gefahrlos*“. Die Pflege verkörperte in der griechischen Medizin einen festen Bestandteil im Heilwissen und in der Heilpraxis. Pflegerische Handlungen führten Medizinschüler aus, denn die Ärzte trugen die Verantwortung und verzichteten daher auf Laien in der Pflege. Der Arzt verpflichtete sich im hippokratischen Eid, Anordnungen und Vorschriften nur zum Wohl des Kranken zu treffen, verschwiegen zu sein und seine Kompetenz sowie sein Wissen nicht missbräuchlich zu nutzen. Ebenfalls gebot der Arzt das Leben zu schützen und es nicht aktiv zu beenden.<sup>94</sup> „*Der Eid enthält das Grundsätzlichste und Tiefste, was das Corpus zum Problem des ärztlichen Berufes zu sagen hat*“ und beginnt mit der Anrufung der Götter.<sup>95</sup>

Neben Hippokrates waren das Wirken von *Platon* (427-347 v. Chr.) und dessen Schüler *Aristoteles* (384-322 v. Chr.) nicht ohne Einfluss auf die Medizin. Platon war der Ansicht, dass freie Menschen eine Erklärung über ihre medizinische Behandlung verdienen – dies kann als Grundstein für die „*informed consent*“-Bewegung gesehen werden.<sup>96</sup> Aristoteles widmete sich mit seiner Naturlehre der Biologie, Zoologie, Pathologie und trieb die Entwicklung in der Medizin voran. Die Basis seiner philosophischen Denklehre – die Logik – behielt ihren Einfluss bis in die Neuzeit.<sup>97</sup> Problematisch in der Hippokratischen Medizin war indes, dass alle Krankheiten den gleichen Ursachen entstammten. Dies ist ein Kritikpunkt, der für die gesamte antike Medizin angewendet werden kann.<sup>98</sup>

<sup>91</sup>Eckart, 1998, 55f; Seidler, 1966, 46ff; Temkin, 1971, 7

<sup>92</sup>Temkin, 1971, 23

<sup>93</sup>Seidler, 1993, 46f; Bauer, 1965, 33; Flügel, 2006, 16f; Edelstein, 1971, 299

<sup>94</sup>Seidler, 1993, 46ff; Bauer, 1965, 33f; zur Säftelehre Eckart, 1998, 71ff

<sup>95</sup>Deichgräber, 1971, 95

<sup>96</sup>Demand, 1996, 91; Platon war der Ansicht, dass nach folgender Art und Weise Gesetze vom Staat erlassen werden sollten: „Er (Arzt) behandelt und beobachtet in der Regel die Krankheiten der Freien; und indem er die Krankheiten von Anfang her und ihrer Natur nach untersucht und mit dem Kranken und mit dessen Angehörigen den Gedankenaustausch pflegt, erfährt er einerseits selber manches von den Kranken, andererseits belehrt er so gut wie möglich den Kranken und verordnet nicht eher, als bis er ihn irgendwie überzeugt hat. Indem er sodann immer mit dem Mittel der Überredung den Kranken zur Kooperation bringt, versucht er, ihn zur Gesundheit zu führen und so zum Ziel zu gelangen.“ (Langholf, 1996, 119)

<sup>97</sup>Kalisch & Kalisch, 2004, 3f; Seidler, 1993, 56

<sup>98</sup>Nickel, 1996, 55

### 4.3.3 Alexandria

Anders als in der hippokratischen Medizin, wo die Ausrichtung hauptsächlich klinischer Natur war, entwickelte sich unter den Einflüssen der Philosophie von Aristoteles in der Medizin eine Orientierung an naturwissenschaftlichen Grundsatzfragen. In Alexandria erlangte im 3. Jahrhundert v. Chr. die Gelehrtschule hohes Ansehen. In der Bibliothek *Museion* wurden mehrere hunderttausend Schriften systematisch gesammelt. Die Philosophie ging in einem neueren Ansatz davon aus, dass die Verbindung von Körper und Seele nach dem Tod erlischt. Es wurde somit möglich, Körper und Anatomie von Toten zu untersuchen. So begann in Alexandria die medizinische Grundlagenforschung. Verschiedene Ärzte untersuchten Teilgebiete der Medizin, womit sich der Weg für eine weitere Spezialisierung der Medizin ebnete. Diese Entwicklung blieb nicht ohne Gegenbewegung. Die Empiriker interessierte nicht die Ursache einer Krankheit, sondern deren Heilung. Dazu, so die gängige Meinung, genügte die Beobachtung der Kranken, die Erfahrung und das überlieferte Fachwissen. Trotz des zum Teil fortschrittlichen Wissens behielten Riten wie die Traumoffenbarung bis ins christliche Zeitalter ihren Einfluss.<sup>99</sup>

### 4.3.4 Rom

Die Medizin in Rom wies starke Ähnlichkeiten mit der Medizin der frühen Kulturen auf. Ihr wohnten neben magischen und religiösen Elementen auch empirisches Wissen inne.<sup>100</sup> Ein Ärztestand fehlte um 450 v. Chr. Das Familienoberhaupt, der römische Patrizier behandelte die Kranken vielfach selbst.<sup>101</sup> Ab dem 3. Jahrhundert v. Chr. wurden griechische Sklaven in die Haushalte aufgenommen, um Kranke zu behandeln. Doch die griechische Medizin konnte sich in Rom erst durchsetzen, als die Arzt-Sklaven freigelassen wurden und die Rechte der anderen freien Berufe erhielten.<sup>102</sup> In Rom gab es eine kleine Zahl von sehr Reichen und eine grosse Zahl Armer. Diese „*Kluft*“ wuchs über die nachfolgenden Jahrhunderte stetig. Dies führte dazu, dass „*wo sich diese beiden Linien schneiden, gewinnen naturgemäss die Unterschiede im Stand, ihre Rangordnung, ihre sichtbaren Zeichen, ihre gezielte Zurschaustellung grösste Bedeutung.*“<sup>103</sup>

Ein berühmter griechischer Arzt in Rom war *Asklepiades aus Bithynien*, der mit seinen Heilpraktiken beim römischen Volk hohes Ansehen genoss. Seine bevorzugten Therapien waren Diäten, Gymnastik, Bäder etc. und als Arznei verordnete er Wein. Ausgehend von Asklepiades entwickelten sich verschiedene Theorien und Schulen. Eine gängige Lehrmeinung stammte von den Methodikern, die das medizinische Wissen auf wenige einfache Grundsätze reduzieren wollten. Eine Krankheit bestand demnach aus einem Zustand

<sup>99</sup>Seidler, 1993, 59ff; Bauer, 1965, 43

<sup>100</sup>Seidler, 1993, 62

<sup>101</sup>Schweikardt & Schulze, 2002, 123; Künzl, 2002, 69

<sup>102</sup>Schweikardt & Schulze, 2002, 123ff

<sup>103</sup>Foucault, 1989, 115

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

der Spannung, *status strictus* oder einem Status der Entspannung, *status laxus*. Der berühmteste Vertreter der Methodiker war *Soranos von Ephesos* (um 100 n. Chr.). Er liess Pflegemassnahmen von gut unterwiesenem Hilfspersonal ausführen und bezeichnete die Pflegepersonen als „*ministri, was seinerzeit soviel bedeutete wie Freund, Unterstützer, Beförderer meiner Ansichten.*“ Von Soranos existieren zahlreiche Überlieferungen zur Geburtshilfe, Gynäkologie und zur Rolle der Pflegekräfte.<sup>104</sup> Die Krankenpfleger übernahmen unterschiedliche Tätigkeiten: Krankenüberwachung in Abwesenheit des Arztes, Essens- oder Medikamentenabgabe oder die Arbeit in *Valetudinarien* (lat. Heilanstalt) etc. Die gesellschaftliche Stellung des Pflegepersonals war im Allgemeinen aber eher niedrig.<sup>105</sup>

Eine andere theoretische Stossrichtung kam von den *Pneumatikern*, die humoralpathologisch ausgerichtet waren und die Atmung ins Zentrum stellten. Die Pneumatiker entschieden sich, keine neuen Theorien mehr aufzustellen, sondern das Heilwissen aller Schulen des Altertums zu sammeln.<sup>106</sup> Dies führten die *Ekλεκtiker* fort, die das gesamte Wissen über die Naturheilkunde bündelten. Der bekannteste Eklektiker war *Galen* (129-199 n. Chr., Philosoph, Mathematiker, Mediziner), der mehr als 400 Texte über die gesamte Heilkunde verfasste. Nach seinem System wurde die Medizin bis ins 16. und 17. Jahrhundert gelehrt. Es basiert auf dem Grundsatz Aristoteles: „*Die Natur tut nichts ohne Zweck*“ und auf der Säftelehre der Hippokratiker. Galen experimentierte mit Tieren und lieferte wertvolle Beiträge zur Physiologie und Anatomie von Mensch und Tier.<sup>107</sup> Er versuchte das Wissen aus seinen Experimenten zu einem stimmigen Ganzen zusammenzufügen. Nach Galen setzt sich der Körper aus festen gleichartigen (Muskeln, Fett, Knochen) und ungleichartigen (Organe) sowie aus flüssigen (Blut, Schleim, gelbe Galle, schwarze Galle) Bestandteilen zusammen, die über Blut- und Nährstoffbewegung miteinander verbunden sind. Galen unterschied drei Kräfte (sog. *Pneuma* – physisches Pneuma, Lebenspneuma, psychisches Pneuma<sup>108</sup>). Nach Galen hat der Körper eine eigene natürliche Heilkraft (*Physis*) inne, die der Arzt mit der Therapie unterstützen kann.<sup>109</sup> Die Medizin wurde nicht als blosses „*Eingriffstechnik*“ aufgefasst, sondern „*als ein Korpus von Wissen und Regeln sollte sie auch eine Lebensweise definieren, eine Form des reflektierten Verständnisses zu sich, zu seinem Körper, zur Nahrung, zum Wachen und*

<sup>104</sup>Von Soranos stammen ausführliche Beschreibungen zur Behandlung von Geisteskranken. So sollen Geisteskranke nur bei einem Mangel an Pflegepersonal und in einem akuten Zustand vorsichtig gefesselt werden. (Seidler, 1993, 64)

<sup>105</sup>Schweikardt & Schulze, 2002, 129

<sup>106</sup>Seidler, 1993, 62ff; Bauer, 1965, 46

<sup>107</sup>Galen lehnt es ab, sich über das Wesen der menschlichen Seele zu äussern und meint „dies zu wissen ist nicht nötig zur Heilung von Krankheiten und zur Erhaltung der Gesundheit, noch auch für ethische, praktische und politische Philosophie. Denn jeder kann letztere nennen, wie er will, und sie von der theoretischen Philosophie trennen.“ (Temkin, 1971, 26)

<sup>108</sup>*Das physische Pneuma*: Nährstoffe gelangen über die Pfortader in die Leber und werden durch das Pneuma in Blut und gelbe Galle umgewandelt. Ein weiterer Teil wird in der Milz in schwarze Galle verarbeitet. *Lebenspneuma*: Im Herzen wird dem Blut das eigentliche Lebenspneuma durch die Atmung mitgegeben. *Das psychische Pneuma*: Ein Teil des Blutes gelangt ins Gehirn. Dort werden die Seelen- und Nervenfunktionen über das psychische Pneuma bestimmt. (Seidler, 1993, 66ff)

<sup>109</sup>Eckart, 1998, 70-76; Seidler, 1993, 66ff; Bauer, 1965, 49; Flügel, 2006, 220-222

*Schlafen, zu seinen verschiedenen Tätigkeiten und zu seiner Umgebung. Die Medizin sollte in Form einer Diät eine freiwillige und rationale Verhaltensstruktur anbieten.*<sup>110</sup> Die Menschen sollten sich selbst medizinisch bilden und so häufige ärztliche Konsultationen vermeiden. Heute wird ebenfalls über die Selbstregulation im Gesundheitswesen debattiert. Die Menschen haben Zugang zu diversen Informationsquellen und sind so gut wie noch nie über Krankheiten informiert. Dennoch ist die Transparenz im Gesundheitswesen sehr gering. Gleichzeitig sind die Gesundheitskosten weltweit massiv angestiegen. Die meisten europäischen Gesundheitswesen sind eine Mischform eines sozialen und privaten Gesundheitswesens. Einerseits gibt es staatliche Rahmenbedingungen und Vorgaben und andererseits gibt es individuelle Entscheidungsspielräume für die Inanspruchnahme der Leistungen im Gesundheitswesen.<sup>111</sup> Aufgrund des Kostenanstiegs muss zunehmend an die Eigenverantwortung der Bevölkerung appelliert werden, für einen sorgsamen Umgang mit den knappen Ressourcen. Die Eigenverantwortung ist ein wichtiger Bestandteil des vorherrschenden Menschenbildes und wird vor dem Hintergrund wachsender Kosten und steigendem „Rationierungsdruck immer bedeutsamer.“<sup>112</sup>

*„[...] ausreichende Kenntnisse zu erwerben, wenn man jung ist, um sein Leben lang, jedenfalls unter gewöhnlichen Umständen, sein eigener Gesundheitsratgeber sein zu können. [...] was immer wir tun – das ganze Leben lang und bei allen damit verbundenen Beschäftigungen – brauchen wir Ratschläge für eine Lebensführung, die nützlich und ohne Ungemach ist. Es ist lästig und unmöglich, sich ständig wegen aller Einzelheiten an den Arzt zu wenden.“*<sup>113</sup>

Doch wieder zurück ins alte Rom: Ähnlich den Asklepien entstanden in Rom private und militärische Valetudinarien, wo kranke Sklaven und Soldaten gepflegt wurden. Ein großes Valetudinarium konnte bis zu 200 Patienten fassen. Die römischen Soldaten hatten Kenntnisse in erster Hilfe und trugen Verbandsmaterial auf sich. Militärärzte versorgten gemeinsam mit geschulten Pflegern die Verletzten.<sup>114</sup>

## 4.4 Das frühe Christentum

Das Christentum hatte vor dem 2. Jahrhundert noch keinen festen Sitz.<sup>115</sup> In der damaligen Zeit wurden schon plastische Gesichtsoperationen und Beseitigungen des grauen Stars vorgenommen. *Aurelianus Cornelius Celsus* nennt bereits die Kardinalsymptome einer Entzündung: *Rubor* (Rötung), *Tumor* (Schwellung), *Calor* (Wärme), *Dolor* (Schmerz) und *functio laesa* (gestörte Funktion).<sup>116</sup> Ausserdem gewannen Umgebungs-

<sup>110</sup>Foucault, 1989, 134

<sup>111</sup>Bürgstein, 2007, 195

<sup>112</sup>Mück, 2007, 193

<sup>113</sup>Foucault, 1989, 135

<sup>114</sup>Seidler, 1993, 66ff; Bauer, 1965, 49; Schweikardt & Schulze, 2002, 124

<sup>115</sup>Käppeli, 2004, 201

<sup>116</sup>Bauer, 1965, 55f; Donahue, 1996, 60f

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

faktoren wie der, das Individuum umgebende Raum, die Tage, Jahreszeiten oder das Alter für die Behandlung von Krankheiten an Bedeutung.<sup>117</sup>

*„[...] Die Zimmer zu ebener Erde sind gut für die akuten Krankheiten, für Bluthusten und Kopfschmerzen; die höhergelegenen sind günstig für Schleimkrankheiten; wenn sie gen Mittag liegen, sind sie gut, ausser für diejenigen, die der Abkühlung bedürfen; gen Westen sind sie schlecht, weil sie traurig sind, abends, weil sie Kopfschmerzen erzeugen; weissgekalkt sind sie zu grell, bunt ausgemalt machen sie denen, die im Fieberwahn liegen, Alpträume; Steinmauern sind zu kalt, Ziegelmauern sind besser.“<sup>118</sup>*

Schon früh hatten Christen bei arabischen Herrschern verantwortungsvolle Positionen als Leibärzte inne. Christliche Ärzte hielten diese Stellung noch über Jahrhunderte.<sup>119</sup>

Das römische Reich anerkannte das Christentum um 391 n. Chr. als Staatsreligion. Der Ursprung der christlichen Krankenpflege liegt im Gebot der Barmherzigkeit.<sup>120</sup> Dies steht in keinem Unterschied zu den vergangenen Formen der Krankenpflege. Zu jederzeit orientierte sie sich an den Schwachen und Kranken. Die Nächstenliebe, die als Liebe zu Gott zu verstehen ist oder als sogenannte *caritas*, wurde anfänglich in Christengemeinden praktiziert.<sup>121</sup> In der Antike war das Arztsein in erster Linie durch existentielle Bedürfnisse motiviert. Der Lebensunterhalt konnte als Arzt gut bestritten werden. Die christlichen Ärzte der Spätantike gerieten durch das *caritas*-Motiv immer wieder in Dilemmasituationen – mittellose Patienten unentgeltlich behandeln zu müssen. Denn das Prinzip der Nächstenliebe sieht den selbstlosen Einsatz aus Barmherzigkeit als grundlegendes Gebot. Im Anstellungsverhältnis als Arzt in Einrichtungen oder von Privatpatienten liess sich jedoch viel Geld verdienen.<sup>122</sup> Zwischen den Gemeinden bestand ein Austausch von Missionaren, Boten oder Überbringern von Gaben. Der Ursprung dieser organisierten caritativen Tätigkeit liegt in Griechenland und im Judentum. Im Judentum wurden Arme, Kranke oder Notleidende aus religiösen Motiven heraus gepflegt. Der Bischof leitete in den Gemeinden die praktische Umsetzung, mit Hilfe von Diakonen und Diakonissen (*diakonein* = griech. schlichtes Dienen; *diakonia* = griech. niedere Dienstleistung jeder Art). Mann und Frau waren vor Gott gleich, trotzdem wurde *„die Fürsorge für den Mann, die Kinder und Hilfsbedürftigen“* als weiblicher Aufgabenbereich beschrieben. Die Krankenpflege galt daher als weibliche Tätigkeit. Neben den Diakonissen

<sup>117</sup>Foucault, 1989, 136

<sup>118</sup>Foucault, 1989, 136

<sup>119</sup>Schulze, 2005, 8f

<sup>120</sup>Knefelkamp, 2005, 175

<sup>121</sup>Käppeli 2004, 158-163/197; Flügel, 2006, 55 „Der heilige Justinus beschreibt eine solche tätige Zusammengehörigkeit (...): Die Begüterten unterstützen die Armen; wir helfen uns gegenseitig. Wer bemittelt ist und zu helfen wünscht, gibt nach freiem Ermessen, jeder gemäss seinem guten Willen. Das Ergebnis der Kollekte wird beim Gemeindevorsteher hinterlegt. Dieser unterstützt die Witwen und Waisen und solche, die durch Krankheit oder aus einem anderen Grund in Not gekommen sind; ebenso auch die Gefangenen und die Ortsfremden. Er trägt in jeder Weise Sorge für alle Notleidenden.“ (Seidler, 1993, 72)

<sup>122</sup>Flügel, 2006, 123-148

sen waren auch Witwen und später Jungfrauen im Auftrag der Kirche caritativ tätig.<sup>123</sup> Inhaltlich bestand im Urchristentum eine Nähe zu Galens Medizinkonzeption – dies trotz aller Versuche heidnische Elemente aus der christlichen Kirche fern zu halten.<sup>124</sup>

Völlige Religionsfreiheit wurde dem Christentum mit dem Toleranzedikt von Mailand 313 n. Chr. zugesprochen. Das alte Byzanz wurde 330 n. Chr. in Konstantinopel umbenannt und christliche Hauptstadt des Reichs im Osten. Rom teilte sich in Ost- und Westrom, wobei der christliche Einfluss im Osten stärker ausgeprägt war. Die Religionsfreiheit ebnete den Weg für öffentliche Einrichtungen zur Betreuung von Hilfsbedürftigen – sogenannte griech. *Xenodochion*<sup>125</sup> (oder *xenonnosokomeion* = das Haus der Kranken) oder lat. *Hospitalium*. Seidler (1993) betont, dass in einem Xenodochion noch kein Krankenhaus gesehen werden darf. Es waren eher Sozialasyle.<sup>126</sup> Gegen Ende des 4. Jahrhunderts stellten Patrizierfrauen ihre Häuser als Hospitäler zur Verfügung, um Notleidende zu pflegen und so ihr Seelenheil im Jenseits zu sichern.<sup>127</sup>

Im Zuge der Christianisierung initiierten Bischöfe und christliche Könige in Nordeuropa Hospitalgründungen. Völkerwanderungen und Verschmelzungen von Stämmen und Traditionen führten dazu, dass die caritative Tätigkeit in den Gemeinden in ihrer ursprünglichen Form nicht mehr möglich war. Klöster und Mönche praktizierten das Gedankengut allerdings weiter. Diese Entwicklung prägte die Krankenpflege und Heilkunde stark, da Mönche über Jahrhunderte hinweg beides in sich vereinigten.<sup>128</sup>

Es ist überliefert, dass es christlichen Heilkundigen untersagt war, die heidnischen Schriften der griechischen Medizin zu lehren, was die christliche Medizin auf tiefem Niveau ansiedelte.<sup>129</sup> Trotzdem genoss der Arzt hohes Ansehen, denn Christus selbst gilt als Arzt und Heiland („*Einen Arzt gibt es, und das ist Jesus Christus, unser Herr [...]*“) und prägte das Bild des *Christus Medicus*. Dieses hat Parallelen zu *Apollo Medicus* und *Asklepios* in Griechenland, die allmählich von Christus abgelöst wurden.<sup>130</sup> Die theologischen Konzeptionen im alten und neuen Testament gehen von einem ganzheitlichen Menschenbild aus. *Origines* bezeichnet Christus als Arzt.

„*Das Motiv Christus, der Arzt*<sup>131</sup> *findet Verwendung vor allem im Zusam-*

<sup>123</sup>Seidler, 1993, 71ff; Bauer, 1965, 61; Schulze, 2002, 108; Schweikardt & Schulze, 2002, 131; Käppeli, 2004, 19/58/81-89/148-165; Flügel, 2006, 102-105; Donahue, 1996, 80f

<sup>124</sup>Flügel, 2006, 26

<sup>125</sup>Weitere Bezeichnungen waren: Nosokomeion (Haus für Kranke); Gerokomeion (Haus für Alte) oder Ptochotropheion (Haus für Arme). Es waren gemischte Einrichtungen und alle Gruppen von Hilfsbedürftigen wurden unter einem Dach versorgt. (Seidler, 1993, 75)

<sup>126</sup>Seidler, 1993, 75; Bauer, 1965, 62; „Von einem Krankenhaus kann man jedoch erst sprechen, wenn sich die Medizin im Hospital etabliert und wenn dort nur Kranke zum Zwecke ihrer Heilung aufgenommen werden; dies wird erst im 18. Jahrhundert in konsequenter Weise der Fall sein.“ (Seidler, 1993, 75)

<sup>127</sup>Käppeli, 2004, 203-209

<sup>128</sup>Seidler, 1993, 76

<sup>129</sup>Seidler, 1993, 77

<sup>130</sup>Jankrift, 2005, 18

<sup>131</sup>„Hinter der Verwendung des Arzt-Titels für Gott und Christus steckt vor allem ein Menschenbild, das geprägt ist vom Gedanken der Sündhaftigkeit, Verlorenheit und Krankhaftigkeit. Der Mensch wird



#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

*menhang mit der Darlegung der Menschwerdung und Menschenfreundlichkeit Gottes [...] Jesus musste als Arzt kommen, weil die Heilung aus der Krankheit der Sünde von keinem anderen Arzt vorgenommen werden konnte.*<sup>132</sup>

Bezüglich des Heilwissens bestand ein grosser Unterschied zwischen Ost- und Westrom. In Byzanz wurde das Wissen der Griechen erhalten und weitergegeben. Das oströmische Reich war gut organisiert, durch die griechische Sprache und den christlichen Glauben geeint. Das Heilwissen wurde in Sammelwerken überliefert und dank der Tatsache, dass einige Werke in das Arabische und Lateinische übersetzt wurden, blieben diese Werke für die Wissensvermittlung dem Mittelalter erhalten. Als Höhepunkt der byzantinischen Medizin galt das Lehrbuch von der *Methodus medendi*, das noch bis in die Neuzeit verwendet wurde. Das griechische Heilwissen, das römische Organisationsgeschick und die christlichen Grundwerte führten zu einem hochentwickelten Hospitalwesen. Ein eindrückliches Zeugnis war das 1136 errichtete Pantokrator-Kloster, das mit einem Hospital verbunden war. Das Hospital war mit fünf Abteilungen (Chirurgie und Unglücksfälle, Augenerkrankungen, Frauenleiden und akute Erkrankungen) ausgestattet. Jede Abteilung verfügte über zwei Ärzte, auf der Frauenabteilung arbeitete eine Ärztin<sup>133</sup>. Die Ärzteschaft leiteten zwei Oberärzte. Das Pflegepersonal unterstützte sie bei ihren Aufgaben. Die ärztliche Betreuung oblag den Klerikern und die Pflege führten ausgebildete Gläubige aus.<sup>134</sup>

Im christlichen Westrom fand die Aneignung von Traditionen mühevoll statt und nur ein Bruchteil des medizinischen Wissens gelangte ins westliche Abendland, da man sich hauptsächlich des Lateinischen bediente und die griechischen Werke nicht mehr zu lesen verstand. Die Medizin wurde deshalb durch handliche Arzneimittellisten vereinfacht.<sup>135</sup> In einem Weltbild, wo die körperliche Gesundheit ohne Bedeutung für das ewige Seelenheil war und die körperlichen Bedürfnisse eher als Hindernis erachtet wurden, bestand die Gefahr, dass die Medizin ihr Ansehen und ihre Bedeutung als eigenes Wissensgebiet verlieren würde.<sup>136</sup> Ausserdem lehnte die Kirche in der Spätantike anatomische Studien ab.<sup>137</sup> Im Westen vermittelten die Mönche die Heilkunde und waren in der Pflege tätig. Mit dem 5. Jahrhundert neigte sich das Altertum dem Ende zu und das frühe Mittelalter wurde eingeleitet.<sup>138</sup>

---

in seiner Existenz als Patient gesehen.“ (Dörnemann 2002, 36; Käppeli, 2004, 144-145; Schulze, 2005, 160)

<sup>132</sup>Dörnemann, 2002, 26; Schulze, 2005, 158f; Flügel, 2006, 30f

<sup>133</sup>Die Existenz von Ärztinnen ist gut belegt. Auf Grabsteinen finden sich Inschriften, die Frauen als praktizierende Ärztinnen ausweisen. Der Anteil weiblicher Ärzte bei den Christen lag bei ungefähr 10%. (Schulze, 2002, 92ff; Schulze, 2005, 138-143) Dass die Profession auf den Grabsteinen dokumentiert wurde, ist ein Indiz dafür, dass der Arztberuf mit gewissem Ansehen verbunden war und dass die Ärzte nicht ganz mittellos waren, denn die Anfertigung eines Grabes galt als sehr kostspielig. (Schulze, 2005, 137)

<sup>134</sup>Seidler, 1993, 78; Bodarwé, 2002, 246

<sup>135</sup>Seidler, 1993, 78f; Bauer, 1965, 63; Schulze, 2005, 169f

<sup>136</sup>Müller, 2002, 71

<sup>137</sup>Flügel, 2006, 286

<sup>138</sup>Seidler, 1993, 79f; Donahue, 1996, 100f

## 4.5 Das Mittelalter

Der abendländische Westen litt nach dem Zerfall des römischen Reichs unter dem Niedergang des Heilwissens. Vom 6. bis zum 12. Jahrhundert repräsentierten schriftkundige Kleriker – hauptsächlich Mönche – die Hüter, welche in den Klöstern das Wissen erhielten und weitergaben.<sup>139</sup> Die Grundlage der zeitgenössischen Medizin repräsentierte bis in die frühe Neuzeit hinein die Säftelehre. Im Mittelalter waren nebst Gott und den Heiligen auch Magie, also Zauberer und Hexen, für Krankheiten und ihre Linderung verantwortlich.<sup>140</sup> Im Mittelalter existieren drei bekannte Ursachen für Krankheiten: Die Sünde, die Erprobung der Tugend und die unmässige Leidenschaft.<sup>141</sup>

### 4.5.1 Die Benediktiner

*Benedikt von Nursia* verlieh dem abendländischen Mönchtum seine finale Gestalt. Anfänglich lebte Benedikt in Abgeschiedenheit, bis er später die Leitung kleiner Glaubensgruppen übernahm und das erste Kloster der Gemeinschaft gründete.<sup>142</sup> In der Ordensregel *Regula Benedicti* sind die Vorschriften christlicher Lebensführung vermerkt. Im 36. Kapitel wird Sorge für Gesunde und Kranke geboten. Für die Einhaltung dieser Regeln sorgte der Abt als Vater, Lehrer, Hirte und Arzt. Es galten zudem spezielle Anweisungen für die Essens- und Schlafzeiten, den *Infirmarius* als Arzt, den *Servitor* als Krankenwärter sowie Bade- und Speisevorschriften.<sup>143</sup> Im Kloster *Vivarium* wurde eine Akademie zur Erhaltung der Wissenschaft gegründet. So wuchs die Bedeutung medizinischer Schriften und mit ihr wurden literarische Hilfsmittel aus der griechischen Medizin bereitgestellt. Bischof *Isidor von Sevilla* (556-636 n. Chr.) verfasste eine Enzyklopädie im Umfang von zwanzig Büchern. Für ihn verkörperte die Medizin „eine zweite Philosophie, da sie sich voll und ganz mit dem Körper und der Seele beschäftigt und sich somit mit allen Disziplinen des Denkens auseinanderzusetzen hat“.<sup>144</sup> Der sachliche Inhalt in der Medizin war relativ gering und in der Praxis ging das Wissen kaum über die bewährten empirischen und volksmedizinischen Praktiken hinaus. Die Klöster beschäftigten sich in erster Linie mit Textüberlieferungen und behandelten die Bevölkerung nur in der nahen Umgebung. Ausserhalb der Klöster therapierten Hebammen, Bader und Chirurgen.<sup>145</sup>

Zur Zeit *Karls des Grossen* (540-604 n. Chr.) genossen die Klöster besondere Aufmerksamkeit und die Bedeutung der *Vereinigung von Hospital und Kloster* wuchs. Das Ideal des damaligen Klosters umfasste drei *grundsätzliche pflegerische Bauelemente*:<sup>146</sup>

<sup>139</sup>Bodarwé, 2002, 231ff

<sup>140</sup>Jankrift, 2005, 20-24

<sup>141</sup>Schippenges, 1993, 12

<sup>142</sup>Schippenges, 1993, 34/180

<sup>143</sup>Jankrift, 2005, 31; Bauer, 1965, 71

<sup>144</sup>Seidler, 1993, 82

<sup>145</sup>Seidler, 1993, 82ff

<sup>146</sup>Schippenges, 1993, 178; Bauer, 1965, 76

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

- *Hospitale pauperum*: Der Eingangsbereich fungierte als Aufnahmestelle von Kranken und Hilfsbedürftigen. Hier fand die ambulante Betreuung statt.
- *Domus hospitum*: Dieses Haus für Vornehme (Kaiser, christliche Würdenträger etc.) stand in der Nähe des Abthauses.
- *Infirmarium*: Das Infirmary bildete das eigentliche Klosterspital.

Zusätzlich zu den drei obengenannten Gebäuden kamen früh ein *Haus für Schwerkranke* – ein Gebäude in der Nähe des Arzthauses, das an eine Intensivstation erinnerte und der *Hortulus* – der Kräutergarten – mit Heilpflanzen hinzu.<sup>147</sup>

Die Behandlung und Pflege befanden sich auf einem bescheidenen Niveau. Der Klosterarzt hatte verschiedene Funktionen inne. Er war als Arzt, Lehrer, Chirurg und Apotheker tätig. Die Pflege agierte als Behandlungs- und Heilpflege sowie als Heilspflege zur Ordnung der Seele.<sup>148</sup> Dies kommt speziell bei *Hildegard von Bingen* (1098-1179) zum Ausdruck. Sie entpuppte sich nicht als erste pflegerisch tätige Frau in der Klostermedizin, doch schuf sie ein grosses schriftstellerisches Werk mit visionärem Charakter, das ihr den Ruf einer *prophetissa* (lat. Prophetin) einbrachte. Darunter findet sich das Werk „*eine Heilkunde Causae et curae*“ – eine praktische sowie theoretische Krankheitslehre. Hildegard von Bingens Wissen stammt von realen Erfahrungen, wenigen antiken medizinischen Texten und dem Glauben. Sie stellte keine spezifischen Pflegeregeln auf.<sup>149</sup> Für Hildegard von Bingen standen die Umsicht und Vorsorge im Zentrum.<sup>150</sup> Ihre moralischen und theologischen Betrachtungen gehen auf ein ganzheitliches Menschenbild zurück. Obwohl mittelalterliche Nonnen geringere Bildungschancen hatten als Mönche, konnten doch viele Nonnen lesen und schreiben. Dennoch stellen die Zeugnisse von Hildegard von Bingen eine Ausnahme dar. Offenbar bestand für Nonnen und Kantonissen kein Bedarf, ihre Kenntnisse von Pflege und medizinischer Versorgung festzuhalten.<sup>151</sup>

##### 4.5.2 Der Islam

Die Araber waren lange Zeit Wegbereiter für die medizinhistorische Entwicklung. Der Koran geht auf *Mohammed* zurück und bedeutet übersetzt das Nachgesagte, denn Mohammed hörte – gemäss Überlieferung – vom Erzengel Gabriel die Offenbarungen Gottes und gab sie an seine Anhänger weiter, die sie einige Jahrhunderte später niederschrieben. Der Islam breitete sich bereits hundert Jahre nach dem Tod von Mohammed nach Syrien, Palästina, Persien, Ägypten, Nordafrika und Spanien aus. So ging ein Grossteil

---

<sup>147</sup>Schipperges, 1993, 179

<sup>148</sup>Seidler, 1993, 86f

<sup>149</sup>Die Pflege bei Hildegard von Bingen ist in ihrer Weltanschauung verankert: „Bei allen Angelegenheiten der alltäglichen Lebensbedingungen soll man dem Nächsten das Menschliche zuerkennen.“ (Seidler, 1993, 89)

<sup>150</sup>Donahue, 1996, 146f; Seidler, 1993, 86ff; Eckart, 1998, 106

<sup>151</sup>Bodarwé, 2002, 233

der antiken wissenschaftlichen Sammlungen an die Araber über.<sup>152</sup>

Die Heilkunde bestand aus Theorie und Praxis. Die Theorie war für Ärzte unabdingbar, da sie sich zum Wissen, Fragen und Forschen verpflichteten. Aufbauend auf der Theorie ergaben sich Möglichkeiten für die praktische Tätigkeit.<sup>153</sup> Die arabische Praxis übernahm von den Griechen den klassischen Therapieplan (*sex res non naturales*). Als Erstes sollten die gestörten Lebensformen wieder hergestellt werden, dann erfolgte die medikamentöse Behandlung, gefolgt von der dritten Stufe – wenn alle anderen Massnahmen versagten – dem chirurgischen Eingriff. Die arabische Medizin war auf das *salam* ausgerichtet – auf Heil und Frieden.<sup>154</sup>

Einer der bedeutendsten Ärzte der damaligen Zeit war *Rhazes* (850-923 n. Chr.; *Razi Abu Bakr Muhammed Ibn Zakariya‘ al-Razi*). Er verfasste mehrere philosophische, mathematische, astronomische, medizinische<sup>155</sup> und chemische Schriften und war Leiter mehrerer Hospitäler und Leibarzt des Kalifen. Für Rhazes standen das Wissen durch Beobachtung und die therapeutische Praxis im Vordergrund. Sein Buch *Liber medicianlis ad Almansorem* blieb während des gesamten Mittelalters ein beliebtes Unterrichtswerk. Im Gegensatz zu Rhazes war *Avicenna* (980-1037 n. Chr., *Abu Ali al Hussain Ibn Abd-Allah Ibn Sina al Qanuni*) Logiker und Systematiker. Auch er war für die arabische Medizin von herausragender Bedeutung. Sein Werk „*der Kanon der Medizin*“ nimmt für die Entwicklung der Heilkunde eine einzigartige Stellung ein und brachte ihm den Titel „*Fürst der Medizin*“<sup>156</sup> ein. Das Handbuch systematisiert das Wissen der griechischen und arabischen Welt. Es zeichnet sich durch einen klaren und logischen Aufbau aus.<sup>157</sup>

Zu den Gesetzen des Korans zählen Wohltätigkeit und Fürsorge. Jeder neugegründeten Moschee musste ein Spital angegliedert werden. Die ersten Kalifen errichteten 707 n. Chr. in Damaskus ein Hospital, wo verschiedene Leiden getrennt behandelt wurden.<sup>158</sup> Jeden Morgen besuchte der Arzt mit seinen Schülern die Kranken, dann lehrte er in der Bibliothek seine Schüler, stellte ihnen Kranke vor und besprach sich mit anderen Ärzten. Über die Pflege ist wenig bekannt, es werden aber besondere Diener erwähnt, die Medikamente mischten. Zahlreiche jüdische Gelehrte genossen hohes Ansehen bei den Arabern, da viele der besten Ärzte jüdischen Glaubens waren.<sup>159</sup>

<sup>152</sup>Schipperges, 1993, 38f

<sup>153</sup>Seidler, 1993, 89f

<sup>154</sup>Schipperges, 1993, 147

<sup>155</sup>„Die Wahrheit in der Medizin ist ein Ziel, das nicht erreicht werden kann; und die Heilart, wie sie in den Büchern beschrieben wird, steht weit unter der praktischen Erfahrung eines geschickt denkenden Arztes.“ (Seidler, 1993, 92)

<sup>156</sup>Originaltitel „Qanun fit-tibb“. Qanun bedeutet soviel wie Richtschnur, Regel, Gesetz. (Seidler, 1993, 93)

<sup>157</sup>Donahue, 1996, 104f; Seidler, 1993, 91-94

<sup>158</sup>Schipperges, 1993, 170

<sup>159</sup>Seidler, 1993, 94ff (In gewissen Hospitälern nahm man bei ihrem Eintritt den Kranken die Kleider und das Geld ab und gab ihnen Hospitalwäsche. Nach Austritt erhielten sie ihre Habseligkeiten zurück sowie ein Huhn und Kuchen als Wegzehrung.)

### 4.5.3 Das abendländische Mittelalter

Im lateinischen Westen begann sich die Versorgung der Bevölkerung zu ändern. *Constantinus Africanus* (1020-1087 n. Chr.), der mit zahlreichen Kulturströmungen in Berührung gekommen war, hatte im Auftrag einer Ärztegruppe in Salerno, Italien, eine Sammlung der wichtigsten arabischen medizinischen Werke nach Süditalien gebracht. Er arbeitete bis zu seinem Tod als Übersetzer von arabischen Texten u.a. der Grundlagenwerke von Galen und den Hippokratikern ins Lateinische.<sup>160</sup> Diese Texte verliehen der medizinischen Praxis grossen Aufschwung. Daraus entstanden die Salernitaner Gesundheitsregeln *Regimen Sanitatis Salernitanum* (z.B. „*Nach dem Essen sollst Du ruhn oder tausend Schritte tun*“).<sup>161</sup> Das zweite Zentrum, wo die arabische Wissenschaft Fuss fasste, war die iberische Halbinsel. In die Bibliothek von Toledo reisten von ganz Europa Mönche und gelehrte Geistliche. Ab dem 12. Jahrhundert entstanden Übersetzerschulen, die Überlieferungen aus dem Griechischen und Arabischen ins Lateinische übersetzten. Aus den Kathedral- und Klosterschulen gingen die frühen Universitäten hervor. Die frühen Universitäten standen unter päpstlichem Schutz, waren jedoch unabhängig in ihrer Verwaltung und Gerichtsbarkeit. Sie setzten sich aus den vier klassischen Fakultäten zusammen: Theologie, Philosophie, Medizin und Jurisprudenz. Gelehrt wurde in Vorlesungen, *lectio* und Diskussionen, *disputatio*.<sup>162</sup> Als problematisch für die medizinische Praxis erwies sich die alte Formel „*Die Kirche schrickt vor dem Blut zurück*“ („*Ecclesia abhorret a sanguinem*“), die das *Konzil von Tours* (1163 n. Chr.) anwandte und die ausgebildete Mediziner von der manuellen Praxis ausschloss.<sup>163</sup> Dadurch gewann der Handwerkerstand der Chirurgen besondere Bedeutung. Die Trennung zwischen Medizin und Chirurgie bestand noch bis zur französischen Revolution Ende des 18. Jahrhunderts und mancherorts noch länger. An den Universitäten entwickelten sich zudem besondere Ausbildungs- und Zulassungsordnungen.<sup>164</sup> Gewisse Behandlungsmethoden aus dem Mittelalter haben auch aus heutiger Sicht ihre Wirkung. Beispielsweise die, während der Pest durchgeführten Aderlasse.<sup>165</sup>

### 4.5.4 Krankenpflege und Hospital

Das *Edikt von Cermont* (1130) schränkte die Mönche in ihrer Arbeit in Hospitälern und Infirmarien stark ein. Es verbot ihnen das Praktizieren von Medizin. Zusammen mit der

<sup>160</sup>Kalisch & Kalisch, 2004, 4; Jankrift, 2005, 35; Eckart, 1998, 107f; Seidler, 1993, 97-104

<sup>161</sup>Jankrift, 2005, 35; Eckart, 1998, 107f

<sup>162</sup>Seidler, 1993, 97-104 (Das Medizinstudium dauerte 6 Jahre (davon 1 praktisches Jahr) und erforderte danach eine staatliche Genehmigung (Approbation))

<sup>163</sup>Jankrift, 2005, 42; Eckart, 1998, 114

<sup>164</sup>Seidler, 1993, 97-104; Jankrift, 2005, 43 (Diese Massnahme ist durchaus sinnvoll, da sich Bakterien schlechter vermehren, wenn das Blut weniger Eisen enthält. Der Eisengehalt sinkt durch das Abzapfen des Blutes. Oder bei Kropfbildungen wurde jodhaltiger Seetang verschrieben. Heute werden Jodtabletten verordnet.)

<sup>165</sup><http://www.welt.de/gesundheit/article11129531/Gesund-dank-Aderlass-und-Loch-in-der-Schaedeldecke.html>

Entwicklung der Medizin an den Universitäten beeinflusste diese Entwicklung christliche Gemeinschaften in ihrer pflegerischen Tätigkeit. Drei grosse Ordensbewegungen (wegen ihrer Tätigkeit *Hospitalier* genannt) entstanden aus dem Klosterwesen, das sich in der Krankenfürsorge engagierte.<sup>166</sup>

- *Die geistlichen Orden:* Sie sind keine Neuschöpfungen, sondern führten die christliche Caritas fort. Zu den Orden zählen *Augustiner*, *Zisterzienser* und *Clunianer*. Die geistlichen Orden wollten in erster Linie die Tradition erhalten. Pflegerisch tätig waren die weiblichen geistlichen Orden.
- *Die Ritterorden:* Die Entstehung der Ritterorden geht auf die Kreuzzugsbewegungen<sup>167</sup> zurück. Ein grosser Ritterorden, die *Johanniter*, war unter der Prämisse „*Verteidigung des Glaubens und Dienst an den Armen*“ tätig. Bis ins 13. Jahrhundert wuchs der Orden und verfügte über 4000 Ordensniederlassungen. Die Massnahmen zur Betreuung der Kranken waren vorbildlich. Auf eine Ausführung zu weiteren Ritterorden wird an dieser Stelle verzichtet.
- *Die weltlichen Orden:* Diese Laienvereinigungen waren in Pflegegemeinschaften unter dem Schutz der Kirche pflegerisch aktiv. Als Beispiel sind die Brüder vom *Orden des Heiligen Gottes* zu nennen, deren erklärtes Ziel die Pflege von Kranken und Armen war. *Papst Innocenz III.* vertraute dem Orden das Hospital bei der Vatikan-Basilika an. Die weiblichen Ordensmitglieder führten die Frauenpflege aus. Aufschwung erhielt diese Ordensbewegung von den Bettelorden, den *Franziskanern* und *Dominikanern*, die von Almosen lebten und beim sozialen Aufstieg der Städte mitbestimmend waren.

Für die Krankenpflege blieb *Franz von Assisi* richtungsweisend, der den *Dritten Orden* als Vereinigung von Frauen und Männern gründete. Der Orden widmete sich in erster Linie der Krankenpflege.<sup>168</sup> Die Spitalschwestern des Ordens erhielten die Bezeichnung die *Grauen Schwestern*.<sup>169</sup> Im 12. Jahrhundert nahm eine weitere Vereinigung eine besondere Stellung ein, die *Beginen*. Es war eine Gemeinschaft von alleinstehenden Frauen, die auf Beginenhöfen zusammenlebte und die sich unter anderem der Krankenpflege und Leichenbesorgung widmete.<sup>170</sup>

Mit der Entstehung grösserer Städte kamen die Unterschiede zwischen Arm und Reich immer mehr zum Ausdruck. In vielen Städten entstanden Bürger- oder „*reiche*“ Spitäler, in die sich Vermögende im Alter oder bei chronischer Krankheit einkaufen konnten. Bei Kranken galt in der Gesellschaft, dass sie in ihrer Situation durch Gott geprüft wurden. Durch die Pflege der Kranken erhofften sich Pflegende himmlischen Lohn. Die Krankenpflege unterlag verschiedenen Veränderungen: Einerseits praktizierten Geistliche keine

<sup>166</sup>Seidler, 1993, 105ff

<sup>167</sup>Die Kreuzzüge dauerten von der Mitte des 11. Jahrhunderts bis ins 13. Jahrhundert. (Seidler, 1993, 105)

<sup>168</sup>Bauer, 1965, 91; Donahue, 1996, 129ff

<sup>169</sup>Seidler, 1993, 104ff

<sup>170</sup>Bischoff, 1994, 24; Donahue, 1996, 136f; Bauer, 1965, 92f

Medizin mehr und andererseits gingen die studierten Ärzte hauptsächlich in den Gelehrtenstand über. Pflegegemeinschaften versorgten deshalb die Kranken in Hospitälern. Somit lag die Krankenversorgung in den Händen der Pflege, der Chirurgen, Bader oder Kräuterkundigen. Ärzte hatten keine Festanstellung, sondern wurden bei Bedarf hinzugezogen. Diese Trennung des ärztlichen und pflegerischen Bereichs wurde in der späteren Entwicklung zu einer Grundproblematik der Bereiche. In den Städten bildete sich in den Grundzügen ein Gesundheitswesen. Die Verwaltung der Hospitäler ging häufig an die Stadt über. Spitalmeister und -meisterinnen waren städtische Angestellte.<sup>171</sup> Die Stadt entwickelte sich zu einem Ort des Marktes<sup>172</sup>, aber auch zu einem Krankheitsherd und einem Ort des Todes. Dies zeigt sich besonders im Mittelalter als die Pest in den Städten wütete und die Sicherheit der Bevölkerung bedrohte. Dies stellte die öffentliche Sicherheit vor neue Herausforderungen und machte Regulationsmassnahmen erforderlich.<sup>173</sup>

##### 4.5.5 Das späte Mittelalter

Im späten Mittelalter kam es zu Veränderungen in der Sozialstruktur. Durch das Bevölkerungswachstum und die Ausweitung des Handels wandelte sich das Sozialleben. Handwerker schlossen sich zu Zünften zusammen und wurden wegweisend für den späteren Nationalstaat. Ein grosses Problem war damals die öffentliche Gesundheitspflege. Viele unheilbare Krankheiten (z.B. Lepra, Pest und grosse Epidemien) stellten ein Risiko für die Gesamtgesellschaft dar. Diese Kranken wurden aus dem sozialen Gefüge ausgeschlossen und ausserhalb der Stadt in *Leprosorien* (Isolierhäuser) untergebracht.<sup>174</sup> Foucault (2011) schreibt zu dieser Veränderung:

*„In der Medizin der Arten hat die Krankheit von Natur aus Formen und Zeiten, die dem Raum der Gesellschaften fremd sind. Es gibt eine wilde Natur der Krankheit, die zugleich ihre wahre Natur ist [...] Aber je komplexer der gesellschaftliche Raum wird, in dem sie situiert ist, umso mehr wird sie denaturiert. Vor der Zivilisation haben die Völker nur die einfachsten und notwendigsten Krankheiten. [...] In der Masse, in der man in der Ordnung der Städte aufsteigt und sich um die Individuen das gesellschaftliche Netz zusammenzieht, „scheint die Gesundheit stufenweise abzunehmen“; die Krankheiten vervielfältigen und kombinieren sich [...].“<sup>175</sup>*

Die Herausforderungen bei den Epidemien sieht Foucault auch in ihrem einzigartigen Prozess. Dieser Prozess muss bis in Detail beschrieben und beobachtet werden, damit

<sup>171</sup>Eckart, 1998, 126/166; Seidler, 1993, 109ff

<sup>172</sup>Bis ins Mittelalter war der Markt ein Ort der Gerechtigkeit. Er reglementierte, was und wie auf den Märkten gehandelt wurde. Der Markt sollte ausserdem ein privilegierter Ort der Verteilungsgerechtigkeit sein, da auf dem Markt Grundnahrungsmittel gehandelt wurden und so auch ärmere Leute Zugang dazu bekamen. (Foucault, 2006b)

<sup>173</sup>Foucault, 2006a

<sup>174</sup>Seidler, 1993, 111f

<sup>175</sup>Foucault, 2011, 33

der Zusammenhang ersichtlich wird.<sup>176</sup> Die Pest, mit den damit verbundenen Pestverordnungen, ist ausserdem ein gutes Beispiel dafür, wie der Staat mit Kontrollmechanismen versucht hat, den Epidemien beizukommen. Mit den Pestverordnungen wurden ganze Regionen und Städte buchstäblich mit einem Kontrollnetz überzogen, das den Leuten vorschrieb, „*wann und wie sie ausgehen können, zu welcher Uhrzeit, was sie bei sich zu Hause tun müssen, welche Art Nahrung sie verwenden müssen, die ihnen diese oder jene Art von Kontakt untersagten, sie zwingen vor Inspektoren zu erscheinen und ihr Haus den Inspektoren zu öffnen.*“<sup>177</sup> An der Pest als schlimmste aller Seuchen starb in Europa zwischen 1346 und 1350 ein Drittel der Bevölkerung.<sup>178</sup> Die Medizin war mit der Pest heillos überfordert, doch praktisch entstanden nützliche Massnahmen: Isolation von ganzen Gebieten, Schutzkleidung, Quarantaine, Verbrennen der Leichen und noch viele weitere.<sup>179</sup> Weil die sozialen Institutionen versagt hatten, kam es im Zuge der Angstbewältigung zu einer Dämonomanie, die ihren Ausdruck in Besessenheitsepidemien und der Hexenverfolgung fand und in der Inquisition gipfelte. Am Ende der Pestzeit erscheint der Schweizer Arzt *Paracelsus* (1493-1541, *Philippus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim*) auf der Bildfläche. Paracelsus führte ein Wanderleben, da er aufgrund seiner rebellischen Vorlesungen und Texte aus Basel fliehen musste. Er verfasste 15 Bände zur Medizin und weitere Werke zur Philosophie und Theologie. Für ihn war der Mensch ein Mikrokosmos, eingebettet in die ihn umgebende Welt, den Makrokosmos. Die Heilkunde von Paracelsus basiert auf den vier Säulen Philosophie, Astronomie, Chemie und Tugend.<sup>180</sup> Paracelsus hatte den Weg für ein neues Verständnis der Medizin geebnet und leitete zum Zeitalter der Aufklärung und des Humanismus über.<sup>181</sup>

## 4.6 Humanismus und Aufklärung

Da das Interesse an den alten griechischen Schriften im Original wuchs, kam die griechische Kultur in ihrer ursprünglichen Form wieder nach Europa. Griechisch entwickelte sich neben dem Lateinischen zur Bildungssprache. Die Kunst des Buchdrucks (*Johannes Gutenberg*, 1448) erleichterte die Verbreitung der neuen und alten Schriften stark. Die Antike bildete sich zum Ideal der damaligen Zeit aus und schlug sich in der Malerei,

<sup>176</sup>Foucault, 2011

<sup>177</sup>Foucault, 2006a, 25

<sup>178</sup>Jankrift, 2005, 99

<sup>179</sup>Schipperges, 1993, 104-111

<sup>180</sup>Eckart, 1998, 154-162; Kalisch & Kalisch, 2004, 12; Seidler, 1993, 111-117; Bauer, 1965, 102ff (*Philosophie*: Das Nachdenken über die Natur. Denn von der Natur stammen Krankheit und Gesundheit. *Astronomie*: Die Lehre der kosmischen Konstellationen, die das irdische Leben bestimmen. *Chemie*: Der Grund der Arznei. Paracelsus hat in vielen Experimenten neue Arzneimittel gesucht. In den chemischen Grundstoffen sieht er drei Grundelemente; das Brennbare (Sulfur), das Flüchtige (Mercurius) und das Feuerbeständige (Sal). Für jede Krankheit fordert er eine spezifische Behandlung. *Tugend*: Die Liebe und ihr Auftrag, die Barmherzigkeit. Dies steht in enger Tradition zur Ethik des Hippokratismus und zur christlichen Caritas. Die Basis jeder Therapie bildete für Paracelsus die liebevolle und pflegerische Hingabe an den Patienten.)

<sup>181</sup>Jankrift, 2005, 45f



#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

Plastik und Baukunst nieder. Darstellungen des menschlichen Körpers fertigten vor allem *Sandro Botticelli* (1444-1520), *Raffaello Santi* (1483-1520) oder *Leonardo da Vinci* (1452-1519) an. 1543 veröffentlichte *Andreas Vesal* (1514-1564; Professor für Chirurgie und Anatomie) ein Werk mit 300 Abbildungen unter dem Titel „*Vom Bau des menschlichen Körpers in sieben Büchern*“. Seine Erkenntnisse gewann er durch systematische Leichenuntersuchungen<sup>182</sup> und legte damit den Grundstein für die medizinische Grundlagenforschung.<sup>183</sup> Als sittliches Ideal fungierte der Humanismus, der als höchste Ausbildung der gebildeten Persönlichkeit galt, die ihr Wissen nicht nur von den alten Wissenschaften bezog, sondern begann diese weiterzuentwickeln. Neben Kriegen, Hungersnöten, Hexenprozessen, Inquisition und Seuchen blühte der Welthandel, insbesondere im Zuge der Entdeckung Amerikas, auf. Eine bisher unbekannte Krankheit verbreitete sich rasch – *Syphilis*. Sie beeinflusste sozialhygienische und moralische Gebiete stark. Öffentliche Badestuben schlossen. Perücken, Spanische Kragen, Handschuhe und Schönheitspflasterchen kamen in Mode, um die sichtbaren Affektionen zu verstecken. Die praktische Medizin erhielt Impulse aus der Chirurgie, die durch die Einführung des Schiesspulvers zur Weiterentwicklung gezwungen war, da dadurch die Verletzungen immer gravierender wurden.<sup>184</sup>

Im 17. Jahrhundert mimte der Barock die Form künstlerischen Ausdrucks. Es war das Jahrhundert von Bach, Händel, des Dreissigjährigen Krieges und der protestantischen Reformation. Neben *René Descartes* (1596-1650) prägten *Galileo Galilei* (1564-1652) und *Johannes Kepler* (1571-1630) die Wissenschaften ihrer Zeit. In der Medizin gewannen das Rechnen, Messen und Experimentieren zunehmend an Bedeutung und ebneten den Weg zur modernen Physiologie. *William Harvey* (1578-1657) wies trotz massivem Widerstand den Blutkreislauf nach und *Marcello Malpighi* (1628-1694) bereicherte die Forschung mit der Erfindung des Mikroskops und der Begründung der mikroskopischen Anatomie. Die Zeit des 17. Jahrhunderts brachte eine Vielzahl spannender Einzelbefunde hervor – auf eine Aufzählung wird an dieser Stelle verzichtet – die die Wissenschaften im Allgemeinen und die Medizin im Speziellen vorwärts gebracht haben. Erkenntnisse der beiden führenden Wissenschaften Chemie und Physik schlugen sich in der Einteilung in saure (*Azidose*) und alkalische (*Alkalose*) Krankheiten nieder. Die *Iatrochemiker und -physiker* erklärten und behandelten die Krankheiten auf der Grundlage chemischer oder physikalischer Prozesse. Sie fassten den Körper als ein System von Röhren, Hebeln und Pumpen (sog. *Maschinentheorie*) auf, wo die Verdauung durch die Zermahlung der Speisen erfolgte. Den berühmtesten Vertreter der Maschinentheorie repräsentiert zweifelsohne der französische Philosoph *René Descartes*.<sup>185</sup>

<sup>182</sup>Die pathologische Anatomie brachte erstaunliche Fortschritte in der Medizin. Die Medizin der Symptome wurde dadurch langsam durch die Medizin der Organe abgelöst. Mit der Aufklärung durfte „der Tod ans Tageslicht und wurde für den philosophischen Geist Gegenstand und Quelle des Wissens.“ [...] Die pathologische Anatomie ist eine Wissenschaft, die die Erkenntnis der sichtbaren Veränderungen zum Ziel hat, welche der Krankheitszustand an den Organen des menschlichen Körpers bewirkt. Die Öffnung der Leichen ist das Mittel zur Erlangung dieser Erkenntnis [...]“ (Foucault, 2011, 137ff)

<sup>183</sup>Eckart, 1998, 140ff; Donahue, 1996, 156f

<sup>184</sup>Seidler, 1993, 120ff; Bauer, 1965, 112f

<sup>185</sup>Eckart, 1998, 174ff und 196ff; Kalisch & Kalisch, 2004, 12; Seidler, 1993, 127ff; Bauer, 1965, 131f

Die Neuerungen der theoretischen Konzepte schafften in der ärztlichen Praxis Verwirrungen und förderten die Tendenz, an den altbewährten Praktiken festzuhalten. Die Universitäten selbst steuerten nur einen Teil dieser neuen Theorien bei, denn vielerorts wurde nach wie vor das Wissen der antiken Autoren gelehrt. Praktizierende Wissenschaftler forschten deshalb hauptsächlich an wissenschaftlichen Akademien.<sup>186</sup>

Die Krankenpflege als christlicher Auftrag erhielt durch die jungen protestantischen Gemeinden und die Gründung neuer katholischer Pflegegemeinschaften erneut Aufschwung. Namentlich der von *Juan de Dios* (1495-1550) gegründete *Orden der Barmherzigen Brüder* qualifizierte sich in Europa zum Symbol der christlichen Krankenpflege. Juan de Dios wurde im 17. Jahrhundert heiliggesprochen und verkörpert seither den Schutzpatron der Krankenhäuser, der Kranken und des Pflegepersonals. Eine weitere Pflegegemeinschaft repräsentierte der Orden der *Kamillianer* – eine religiöse Vereinigung von Krankenpflegern, die im eigenen Heim Krankenpflege ausübten. Vielen dieser Gemeinschaften war eigen, dass sie sich auf ein bestimmtes Gebiet oder eine bestimmte Krankheitsform spezialisiert hatten.<sup>187</sup>

Eine grundlegende Neuerung im Bereich der weiblichen Krankenpflege leitete *Vinzenz von Paul* ein, der sich während seiner theologischen Tätigkeit an der vernachlässigten Armen- und Krankenfürsorge in den Gemeinden störte. Er gründete unter den weiblichen Pfarrangehörigen eine Caritasbruderschaft, die den Kranken Speisen brachte, die häusliche Pflege unterstützte und die Kranken seelisch betreute. Sie breitete sich in Frankreich rasch aus.<sup>188</sup>

In Paris engagierten sich höhergestellte Damen in der Krankenpflege. Bald stellte sich jedoch heraus, dass die Damen oftmals ihre Dienstmoten ihrer statt zu den Kranken schickten. Vinzenz von Paul holte deshalb „*dienstwillige, fromme und kräftige Mädchen*“ vom Land, denen unter der Anleitung von *Madame Le Gras* (1591-1660) im *Orden der Barmherzigen Schwestern* eine Ausbildung<sup>189</sup> in der Krankenbetreuung zuteilwurde.<sup>190</sup> In der Ausbildung lernten die Schwestern lesen, schreiben, rechnen, die Grundregeln pflegerischer Tätigkeit und dass sie grundsätzlich auf die Anordnungen der Ärzte vertrauen sollten. Ebenfalls kannten sie die wichtigsten Heilmittel, konnten Aderlassen und Schröpfen und erhielten zudem wöchentlich einen Vortrag über die ethischen Grundsätze der Krankenpflege. Bei der Arbeit mit den Kranken stand das Interesse des Pflegebedürfti-

<sup>186</sup>Seidler, 1993, 130ff; Eckart, 1998, 202ff

<sup>187</sup>Seidler, 1993, 132ff

<sup>188</sup>Seidler, 1993, 132ff

<sup>189</sup>Im Gegensatz zu einer Ordensfrau erhielten die Barmherzigen Schwestern keine religiöse Weihe, damit sie ohne Einschränkungen in der Welt arbeiten konnten. Sie legten ein auf ein Jahr befristetes Gelübde ab, das unbegrenzt erneuert werden konnte (Kalisch & Kalisch, 2004, 26; Seidler, 1993, 137)

<sup>190</sup>Das älteste deutschsprachige Lehrbuch über Krankenpflege stammt aus dem Jahre 1574 von Jacob Oetheus („Gründlicher Bericht, Lehr und Instruction von rechtem und nützlichem brauch der Arzney, den Gesunden, Krancken und Kranckenpflegern“). Es befasst sich mit der Haus- und Spitalpflege. (Seidler, 1993, 137)

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

gen im Vordergrund – auch vor dem Dienst an Gott.<sup>191</sup> Die Gemeinschaft dehnte sich immer mehr aus. Infolgedessen entstand die Einrichtung des Mutterhauses. Das Hospital von Anger übergab den Barmherzigen Schwestern die Pflege des ganzen Hauses.<sup>192</sup>

*„Die Schwestern waren der Leitung des Spitals unterstellt und erhielten dort Unterkunft und Verpflegung. Die Pflege lag allein in ihren Händen, den ärztlichen Anordnungen hatten sie Gehorsam zu leisten. Das Hospital verpflichtete sich, die Würde der Schwestern zu wahren und sie beispielsweise nicht etwa vor den Patienten zu tadeln.“*<sup>193</sup>

Im 16. und 17. Jahrhundert unterstanden die Hospitäler nicht mehr dem Bischof, sondern der öffentlichen Hand und wurden von Stiftungen finanziert. Vermögende Bürgerinnen und Bürger kauften sich in Spitäler ein, während arme Kranke in minderen Spitälern gepflegt wurden. Neben den städtischen und kirchlichen Einrichtungen waren die Bader, Scherer, Wundärzte, Hebammen und Apotheker in der Krankenpflege gewichtig.<sup>194</sup>

Die medizinische Versorgung der Bevölkerung befriedigte keineswegs. Die Krankenhäuser waren chronisch überfüllt. Daher wurden Arbeitshäuser, Zucht- und Tollhäuser geschaffen, die Bettler, Simulanten und Geisteskranke aus der Gesellschaft entfernen und zur Arbeit einsetzbar machen sollten. Krankheit und Armut gingen Hand in Hand und die Verstaatlichung der Krankenpflege verdrängte zunehmend die Grundwerte christlicher Barmherzigkeit.<sup>195</sup> Auch noch heute sind Armut und Krankheit eng miteinander verbunden.<sup>196</sup>

### 4.7 Das 18. Jahrhundert

Das 18. Jahrhundert war die Zeit der Aufklärung. Immanuel Kant<sup>197</sup> (1724-1804) definierte sie als *„Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit“*.<sup>198</sup> Durch Bildung sollte der Fortschritt im Bürgertum realisiert werden. Berühmte Vertreter des 18. Jahrhunderts verkörpern Jean Jacques Rousseau (1712-1778), Voltaire (1694-1778), Gotthold Epharim Lessing (1729-1781) sowie Fahrenheit und Celsius. Die Industrialisierung fand ihre Anfänge in den Erfindungen der Dampfmaschine, des Eisenwalzwerks, des mechanischen Webstuhls oder der hydraulischen Presse.<sup>199</sup>

<sup>191</sup>Seidler, 1993, 132ff („Denn das heisst Gott verlassen um Gottes Willen, wenn man Gebet und Lektion verlässt, um den Kranken zu pflegen.“); Bauer, 1965, 140ff

<sup>192</sup>Seidler, 1993, 135f; Donahue, 1996, 185; Kalisch & Kalisch, 2004, 26

<sup>193</sup>Seidler, 1993, 136

<sup>194</sup>Seidler, 1993, 136f

<sup>195</sup>Seidler, 1993, 139f

<sup>196</sup>Wehler, 2013, 125

<sup>197</sup>„Er fordert die sittliche Eigenständigkeit des Menschen durch kategorische Imperative, die frei von persönlichem Nutzen selbst gesetzt und freiwillig erfüllt werden sollen.“ (Seidler, 1993, 144)

<sup>198</sup>Seidler, 1993, 140

<sup>199</sup>Seidler, 1993, 144

Die moderne Medizin sieht ihre Geburtsstunde selbst in den letzten Jahren des 18. Jahrhunderts. Zu Beginn des 18. Jahrhunderts wurde die Praxis der Medizin und die Ausbildung der Ärzte geregelt. Doch trotz dieser Regelungen praktizierten Scharlatane weiterhin und an vielen Medizinschulen kauften sich Professoren ihre Lehrstühle.<sup>200</sup> In den Jahrzehnten von 1750 bis 1870 vollzog sich die Umwandlung des Hospitals zu einer Klinik, die ausschliesslich Kranke behandelte.<sup>201</sup> Im Spital war das Anliegen, die Krankheit im Kranken aufzudecken, in der Klinik hingegen, „hat man es mit Krankheiten zu tun, deren Träger gleichgültig ist“.<sup>202</sup> Die Medizin, die sich durch die Ablösung der Kirche auf empirisch-technischer Grundlage vermehrt zu einer Naturwissenschaft entwickelte, begünstigte diesen Wandel (sog. *Naturwissenschaftliche Wende*). Ebenso bestand im Zuge der Industrialisierung – wie auch heute – die Forderung, bei Krankheit und Armut die Arbeitskraft der Menschen möglichst rasch und effizient wiederherzustellen.<sup>203</sup> Das 18. Jahrhundert kann auch als das „das Jahrhundert der Disziplinierung des Wissens, d.h. der internen Organisation jedes Wissens als einer Disziplin, die in ihrem eigenen Feld zugleich Auswahlkriterien hat, um das falsche Wissen, das Nicht-Wissen, Formen der Normalisierung und Homogenisierung der Inhalte, Formen der Hierarchisierung dieser Wissen rund um eine Art faktischer Axiomatisierung fernzuhalten.“ Die Krankheit zeigte sich dem Beobachter in Symptomen<sup>204</sup> und Zeichen.<sup>205</sup>

Bezüglich der Medizin können zwei Aspekte hervorgehoben werden; einerseits die Medizin als allgemeine soziale Verantwortung und andererseits die Einführung einer umfassenden systematischen Krankheitslehre. Der Aufklärung wohnte der Grundgedanke inne, dass der Mensch im Allgemeinen stark und gesund sei und nur durch die Kultur, die den Menschen verdorben hatte, krankheitsanfällig und unglücklich geworden war. Die Idee besagte, dass die Aufklärung über einen vernünftigen Lebenswandel körperliche, seelische und soziale Schädigung vorbeugen könnte. In allem wurde das Vorbild der Natur gesucht. Wer sich entgegen dem Gesetz der Natur verhielt, wurde gemäss Aufklärern unglücklich, leidend und krank.<sup>206</sup>

Die Prophylaxe nahm in der damaligen Krankheitslehre eine herausragende Stellung ein, die in der zeitgemässen Terminologie „*Gesundheitspflege*“ hiess. Zwei Richtungen

---

<sup>200</sup>Foucault, 2011

<sup>201</sup>Bischoff, 1994, 74

<sup>202</sup>Foucault, 2011, 74

<sup>203</sup>Bischoff, 1994, 74

<sup>204</sup> „Jedes Symptom war potentiell Zeichen und das Zeichen war nichts anderes als ein entziffertes Symptom. In einer anatomisch-klinischen Wahrnehmung hingegen kann das Symptom ganz stumm bleiben, seine Zeichenfunktion kann ausfallen. (Foucault, 2011, 173)

<sup>205</sup>Foucault, 1999, 217; „Deshalb hat die Medizin am Ende des 18. Jahrhunderts nicht gewusst, ob sie es mit einer Reihe von Fakten zu tun habe, deren Erscheinungs- und Konvergenzgesetze einzig durch die Analyse der Wiederholungen zu bestimmen sind, oder mit einem Ensemble von Zeichen, Symptomen und Manifestationen, deren Kohärenz in einer natürlichen Struktur zu suchen ist. Sie schwankte ständig zwischen einer *Pathologie der Phänomene* und einer Pathologie der Fälle.“ (Foucault, 2011, 117f)

<sup>206</sup>Seidler, 1993, 146

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

der Prophylaxe kristallisierten sich heraus, der revolutionäre<sup>207</sup> und der konservative<sup>208</sup> Weg. Die Folgen daraus stellten öffentliche Gesundheitsbelehrungen mittels populärmedizinischer Schriften wie Flugblättern, Vortragsreihen und Artikelserien dar.<sup>209</sup> Die Printerzeugnisse sowie die zunehmende Kommodifizierung verhalfen den Bürgern zu mehr Autonomie und Erfahrung im Umgang mit Krankheit, Heilung und Gesundheit.<sup>210</sup>

Die sogenannte *medizinische Polizei* kümmerte sich um die Umsetzung der Prophylaxe. Dies führte zu Vorwürfen einer Einschränkung der persönlichen Freiheit der Bevölkerung.<sup>211</sup> Die Polizei wurde zu einer sogenannten *Dienststelle der Fürsorge*, die sich um die Armen kümmert. Dabei lag der Fokus auf der öffentlichen Gesundheit – Epidemien sollten verhindert und die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung sichergestellt werden.<sup>212</sup> In der heutigen Debatte wie stark das Gesundheitswesen staatlich reguliert werden soll, muss auch berücksichtigt werden, dass es damit zu einer Bevormundung und Entmündigung der Menschen kommen kann, wie wir sie im 18. Jahrhundert gesehen haben.<sup>213</sup>

Die medizinische Wissenschaft versuchte das Krankheitsgeschehen systematisch zu erfassen und die theoretischen Erkenntnisse mit der Praxis zu verbinden.<sup>214</sup> Neben theoretischem Wissen kam es auch in der medizinischen Grundlagenforschung zu Fortschritten, die eine neue Ära der Pathologie einläuteten. Krankheitssymptome galten neu als mit den Organen verknüpft, die bei Krankheit verändert wurden. *Herman Boerhaave* (1668-1738) entnahm allen Theorien die brauchbaren Elemente und kombinierte sie. Täglich lehrte er am Krankenbett und legte den Grundstein für die klinische Untersuchung.<sup>215</sup>

Die Chirurgie hatte bezüglich der Operationstechniken Fortschritte gemacht. Sie wurde in Chirurgeschulen gelehrt, war aber noch immer von der Medizin getrennt. 1794 wurde im Zuge der Französischen Revolution diese jahrhundertelange Trennung aufgehoben. Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts arbeiteten die Chirurgen als männliche Geburtshelfer und lösten damit die Hebammen ab, die Gebäranstalten geleitet und Lehrbücher verfasst hatten. Hebammen wurden nur noch bei unkomplizierten Geburten zugelassen.<sup>216</sup>

<sup>207</sup>Die revolutionären Vertreten hielten nichts von befehlendem Verhalten von oben, sondern sahen im Volk die notwendigen Elemente zu deren Glück und Gesundheit. Das Problem sah die revolutionäre Richtung, dass das Volk nicht aufgeklärt sei. (Seidler, 1993, 146)

<sup>208</sup>Die Bevölkerung war gemäss der konservativen Denkrichtung unmündig. Der Staat hatte deswegen die Pflicht die Bevölkerung mittels Verboten, Befehlen und Anleitungen zu einem gesunden Lebenswandel zu bewegen. Die Ärzte sollten den Herrschern beratend zur Seite stehen. (Seidler, 1993, 145)

<sup>209</sup>Diese „Staatsarzneykunde“ führte ebenfalls dazu, dass für verschiedene Berufsgruppen eine Systematik in ihren geläufigsten Krankheiten gesucht wurde. (Seidler, 1993, 145ff)

<sup>210</sup>Spary, 2011, 82ff

<sup>211</sup>Seidler, 1993, 149f

<sup>212</sup>Foucault, 2006a

<sup>213</sup>Zimmermann-Acklin, 2007, 66

<sup>214</sup>Eine Denkrichtung sah in der Seele den Steuermechanismus aller organischen Vorgänge also auch für körperliche Zusammenhänge wie Krankheiten. Eine andere Denkrichtung ging davon aus, dass das Nervensystem, welches durch Reize gesteigert (Spasmus) oder herabgesetzt (Atonie) werden konnte. (Seidler, 1993, 149f)

<sup>215</sup>Seidler, 1993, 145ff; Eckart, 1998, 213ff/237f; Spary, 2011, 91

<sup>216</sup>Eckart, 1998, 241ff; Seidler, 1993, 151ff

Das 18. Jahrhundert gilt für die Krankenpflege als ein Krisenjahrhundert. Nachfolgend an die Zeit von Vinzenz von Paul bildeten sich in Anlehnung an die Barmherzigen Schwestern weitere Pflegegemeinschaften. Probleme ergaben sich in der praktischen Pflegeausübung. Einerseits hatten überfüllte Spitäler hygienische Schwierigkeiten zur Folge, da aus Armut und Hungersnot sogenannte *Allgemeine Krankenhäuser* in eine Art Strafvollzug mündeten. Andererseits sank infolge der überlasteten Hospitäler das Niveau in der Pflege. Das Problem gründete nicht in erster Linie in der Krankenpflege, sondern in der Organisation der Spitäler und im Umgang mit den gesellschaftlichen Herausforderungen. In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts führten drei Entwicklungen zu grundlegenden Veränderungen des Pflegestandes:<sup>217</sup>

- *Wandel des Hospitals zum Krankenhaus:* Bislang stand die Medizin nur als gelegentlicher Ratgeber in den Spitälern der Pflege zur Seite. Doch anschliessend an Boerhaave erhielten die ärztliche Diagnostik und kontrollierte Therapie einen festen Stellenwert. In Krankenhäuser trennte man die Patienten nach Krankheiten und die Infrastruktur wurde systematisch verbessert. Des Weiteren hatte ein Arzt die Leitung des Krankenhauses inne. Zudem war die Betreuung der Patienten rund um die Uhr gewährleistet.
- *Wandel der Sozialstruktur des Patienten:* Früher liessen sich reiche Patienten nicht in den Spitälern behandeln. Seit aber der beste Arzt wissenschaftlich und klinisch gebildet war und Einzelzimmer verfügbar waren, wandelte sich die Situation.
- *Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal:* Die Umstrukturierungen in den Krankenhäusern forderten eine sachgemässe Pflege der Patienten. Viele Ärzte behandelten nur mit einer ausgebildeten Wärterin an der Seite. Dies stand im Widerspruch zum niedrigen Ausbildungsstand in den Pflegegemeinschaften und der geringen Zahl an Personal. So wurden in der Not und aus Mangel an Mitteln schlecht ausgebildete Lohnwärter angestellt. Im Zuge der Französischen Revolution kam es zur Aufhebung nahezu aller katholischen Pflegeverbände.

Als Beispiel für den Fortschritt in der Pflege ist *Franz Anton Mai* (1742-1814) aufzuführen. Er war der Überzeugung, dass die Situation nicht allein durch Anpassungen des Verwaltungswesens zu verbessern sei, sondern durch die persönliche Aufklärung der Bevölkerung, durch Armenkassen und durch eine professionelle Krankenpflege. Viele Probleme führte er auf den Mangel an ausgebildetem Pflegepersonal zurück – er sah die Pflegenden nicht länger als Dienstboten. Da er die Krankenpflege nicht bloss auf die christliche Nächstenliebe abstützen wollte, sah er in einer fundierten Ausbildung von Laienkräften grosses Potential. Deshalb gründete er 1781 eine Krankenwärterschule für das Pflegepersonal der Hospitäler, Hebammenschülerinnen, Witwen und „*Kindsfrauen*“ sowie Stadt- und Kompaniechirurgen, deren Zweck war „*gute hippokratische Beobachter ans Krankenbett zu setzen, denen die Krankenwärterlehre wissenschaftlich, als Zweig der Heilkunde vorgetragen werden soll*“. Sein Buch „*Unterricht für Krankenwärter zum Gebrauch öffentlicher Vorlesungen*“ bildete die Grundlage für den Unterricht. Von seinen

<sup>217</sup>Seidler, 1993, 159; Bauer, 1965, 159f; Eckart, 1998, 247; Bischoff, 1994, 76f

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

Kollegen erntete die Schule Missgunst und wurde als „*Pfuscherschule*“ betitelt. Die noch heute anhaltenden Schwierigkeiten zwischen Arzt und Pflege setzten alsbald ein, als sich die Pflege wissenschaftlich zu bilden begann. Trotz der Hindernisse fand das Modell von Mai Nachahmer.<sup>218</sup>

Der Übergang vom 18. in das 19. Jahrhundert in Bezug auf die Medizin wird in der Arbeit von Michel Foucault „*Die Geburt der Klinik*“ ausführlich beschrieben. Ende des 18. Jahrhunderts wird die Krankheit noch in einem sogenannten „*Projektionsraum ohne Tiefe wahrgenommen, in einem Raum der Koinzidenzen ohne zeitlichen Ablauf: es gibt nur eine Ebene und einen Augenblick. [...] Er [derjenige, der die Krankheit beobachtet] muss hierin die Maler nachahmen [...] Die Tableaus sind nicht nur gut getroffene Portraits, sie gleichen sich auch untereinander. Der Abstand, der eine Krankheit von der anderen trennt, misst sich einzig an dem Grad ihrer Ähnlichkeit, ohne dass der logisch-zeitliche Abstand der Genealogie eine Rolle spielt.*“<sup>219</sup> Aufgabe des Arztes ist es, die Krankheit zu erkennen, denn die „*Erkenntnis der Krankheit ist der Kompass des Arztes; der Heilerfolg hängt von einer genauen Kenntnis der Krankheit ab.*“ Darunter versteht Foucault die klassifizierende Medizin. Sie definiert Krankheiten, aber ist losgelöst von ihrem Lokalisationspunkt, der sich über den Krankheitsverlauf wandeln kann. Massgeblich für eine erfolgreiche Krankheitsbehandlung ist nach Foucault (2011) – wie erwähnt – der ärztliche Blick, der in einer nuancierten Form die Charakteristiken der Krankheit wahrnimmt. Mit der Entstehung der Spitäler wird dieser Blick herausgefordert, da die Qualität der Beobachtung durch die Unzahl an zu beobachtenden Nuancen herausgefordert wird.<sup>220</sup> Dies wird insbesondere im 19. Jahrhundert manifest. Damals wurden die Tableaus allerdings durch offene Listen ersetzt, die nach Bedarf ergänzt wurden. Diese Entwicklung führte darüber hinaus zur Forderung nach einer statistischen Geburtenkontrolle mit Hilfe von Geburten- und Sterberegistern, worin die Krankheiten und Todesursachen festgehalten werden sollten.<sup>221</sup> Ziel dieser sogenannten *Biopolitik*<sup>222</sup> war, Epidemien und schwer ausrottbare Krankheiten zu kontrollieren und in den Griff zu bekommen. Sie entwickelte sich allerdings mehr und mehr zu einer Form in das Le-

<sup>218</sup>Seidler, 1993, 162ff

<sup>219</sup>Foucault, 2011, 22

<sup>220</sup>Foucault, 2011; „Die einzelnen isolierten Beobachtungen sind für die Wissenschaft das, was die Buchstaben und die Wörter für den Diskurs sind; dieser gründet sich ja nur auf das Zusammenkommen und die Vereinigung der Buchstaben und der Wörter, deren Mechanismus und Bedeutung man zuerst gut studiert haben muss, um sie richtig gebrauchen zu können. Dasselbe gilt für die Beobachtungen. [...] Krankheit ist nur ein Name; im Verhältnis zu den einzelnen Elementen, aus denen sie besteht, hat sie den ganzen strengen Aufbau einer sprachlichen Bezeichnung. Nach dem Wesen der Krankheit zu fragen, „ist dasselbe, als wollten Sie fragen, welches die Natur des Wesens eines Wortes ist.““ (Foucault, 2011, 132f)

<sup>221</sup>Foucault, 2011

<sup>222</sup>„[...] nämlich das Ensemble von Mechanismen, durch die das, was in der menschlichen Art seine grundlegende biologischen Züge ausbildet, in das Innere einer Politik, einer politischen Strategie, einer allgemeinen Machtstrategie eintreten kann; anders gesagt, wie die Gesellschaft, die modernen abendländischen Gesellschaften seit dem 18. Jahrhundert, der grundlegenden biologischen Tatsache Rechnung getragen haben, dass das menschliche Wesen eine menschliche Art bildet. Das ist ungefähr das, was ich die Bio-Macht nenne, so genannt habe.“ (Foucault, 2006a, 13)

ben eingreifen und auf die Art zu leben einwirken zu können (z.B. durch die Kontrolle von Unfällen, Zufällen oder Mangerscheinungen). Für das 19. Jahrhundert wurde diese Entwicklung besonders relevant, da durch die Industrialisierung zunehmend das Problem des Alters akut wurde: wie ist mit Individuen umzugehen, die aus dem Feld der Fähigkeiten und Tätigkeiten herausfallen?<sup>223</sup> Ausserdem lernt der Mensch, was es heisst, eine Gesundheit zu haben, die man modifizieren kann und dies führt dazu, dass sich zum ersten Mal in der Geschichte das Biologische im Politischen widerspiegelt. Des weiteren führte die Entstehung der Biomacht zum Einzug des Rassismus in die Mechanismen des Staates.<sup>224</sup> Dies insbesondere deshalb, weil die Risikostatistiken auch Schlüsse ermöglichen, welche Regionen, Gruppen und Individuen besonders von einer bestimmten Krankheit erfasst werden resp. welche am wenigsten.<sup>225</sup>

## 4.8 Das 19. Jahrhundert

Das 19. Jahrhundert war von der Französischen Revolution und der zunehmenden Industrialisierung geprägt. Mit den stetig wachsenden Bevölkerungszahlen wuchsen auch die Forderungen nach Demokratie und die Klassenkämpfe nahmen zu. Der Frühkapitalismus fand seine Anfänge und führte zu Lohnabhängigkeit und Arbeitslosigkeit. Zivilisation und Humanismus waren die prägenden Strukturen dieses Jahrhunderts.<sup>226</sup> Foucault schreibt dazu:

*„Am Anfang des 19. Jahrhunderts haben die Ärzte beschrieben, was Jahrhunderte lang unter der Schwelle des Sichtbaren und des Aussagbaren geblieben war. [...] Das lag vielmehr daran, dass die Beziehung des Sichtbaren zum Unsichtbaren, die für jedes konkrete Wissen notwendig ist, ihre Struktur geändert hat und unter dem Blick und in der Sprache etwas hat erscheinen lassen, was diesseits und jenseits ihres Bereichs lag. [...] Das Auge wird zum Hüter und zur Quelle der Wahrheit; es hat die Macht, eine Wahrheit an den Tag kommen zu lassen, die es nur empfängt, sofern es ihr das Tageslicht geschenkt hat; indem es sich öffnet, eröffnet es die Wahrheit: diese Wendung markiert den Übergang der „Aufklärung“ von der Welt der klassischen Krankheit zum 19. Jahrhundert.“<sup>227</sup>*

Das 19. Jahrhundert war die Geburtsstunde der modernen Pflege. Die neuen Bewegungen in Medizin und Pflege konnten sich – stetigen Veränderungsprozessen unterworfen – bis in die Gegenwart behaupten oder legten wertvolle Grundsteine für die Weiterentwicklung und Modernisierung von Medizin und Pflege.<sup>228</sup> Trotz der desolaten Ausbildung

<sup>223</sup>Foucault, 1999

<sup>224</sup>Foucault, 2014

<sup>225</sup>Foucault, 2006a

<sup>226</sup>Seidler, 1993, 166f; Eckart, 1998, 251ff

<sup>227</sup>Foucault, 2011, 10f

<sup>228</sup>Seidler, 1993, 167ff; Eckart, 1998, 258f



#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

des Pflegepersonals und dem drängenden Bedarf nach qualifizierten Pflegenden sträubten sich viele Ärzte gegen eine fundierte Ausbildung des Pflegepersonals. Bischoff (1994) begründet diesen Umstand damit, dass die Trennung zwischen Medizin und Pflege eine willkürliche ist und künstlich aufrechterhalten werden muss.<sup>229</sup> Wie die Priester im Mittelalter, wurde dem damaligen „Heer der Priester, die über das Heil der Seelen“ wachten, das „Heer der Ärzte“ gegenübergestellt, die für die Gesundheit der Körper zu sorgen hatten. Die Mediziner fühlten sich befreit von Spekulationen und meinten durch ihre Methode die Philosophie überwunden zu haben, da sie gelernt hatten wahrzunehmen. „In Wirklichkeit handelt es sich lediglich um eine Verschiebung im epistemologischen Fundament ihrer Wahrnehmung.“ Das Augenmerk lag vermehrt auf dem nichtkranken Menschen und auf der Suche nach einer Definition des „Modellmenschen“.<sup>230</sup>

Die drei grossen Schulen, auf denen die moderne Medizin gründet, waren:

- *Paris*: Die Schule von Paris war bestimmt von den Auswirkungen der Französischen Revolution, die sowohl die Forschung als auch die Lehre massgeblich veränderte. Der klinischen Forschung wurde durch straffe Strukturen zu erneutem Aufschwung verholfen. Da die Krankenhausärzte im Krieg gedient hatten, war auf der ärztlichen Visite der militärische Gehorsam erkennbar.<sup>231</sup> Die systematische Organisation der Militär- und Hafenspitäler wurde zum Vorbild für die gesamte Reorganisation des Spitalwesens. Die Disziplinargewalt behandelte seit Beginn des 19. Jahrhundert die sogenannten „Aussätzigen“ wie die Pestkranken und identifizierte sie in Individualisierungsprozeduren, die in einer Abgrenzung in Spitälern und anderer Behandlung mündete. Hinter diesen Disziplinarmaßnahmen stand – von der Pest begründet – die Angst vor Ansteckungen.<sup>232</sup> Eine systematische Arbeitsweise schlug sich ebenfalls bei der Untersuchung von Leichen nieder. Organe wurden auf wiederkehrende Gewebeformen hin untersucht und dies brachte die pathologische Anatomie stark weiter. Die Erfindung des Stethoskops<sup>233</sup> half bei der Lokalisierung von Läsionen (Lokalismus). Zunehmend kam es zur Aufteilung der Medizin in Spezialgebiete (z.B. Dermatologie, Kinderheilkunde, Psychiatrie etc.). Durch die Lokalisationsmöglichkeiten verdrängte der Begriff des „Sitzes der Krankheit“ endgültig den Begriff der Klasse.<sup>234</sup> Die Schule von Paris erlangte grosse Bedeutung und wurde in England und Wien weiterentwickelt.<sup>235</sup>

---

<sup>229</sup>Bischoff, 1994, 76f

<sup>230</sup>Foucault, 2011, 168/50ff

<sup>231</sup>Seidler, 1993, 167ff; Eckart, 1998, 258f

<sup>232</sup>Foucault, 1976

<sup>233</sup>„Als materialisierte Distanz überträgt das Stethoskop tiefe und unsichtbare Ereignisse auf einer halb haptischen, halb akustischen Achse. Die instrumentelle Vermittlung hält die von der Moral gebotenen Distanz aufrecht; das Verbot der körperlichen Berührung ermöglicht ein virtuelles Bild von dem, was sich tief unter der Körperoberfläche abspielt. [...] Mit dieser Ausrüstung versehen umfasst der Blick des Arztes mehr, als das Wort „Blick“ vermuten lässt.[...] In den Blick des Arztes gehen nun mehrere Sinne ein: es ist ein Blick, der berührt, der horcht, und der ausserdem – aber nicht wesensnotwendig – sieht.“ (Foucault, 2011, 177f)

<sup>234</sup>Foucault, 2011, 153

<sup>235</sup>Seidler, 1993, 167ff; Eckart, 1998, 258f

- *Wien:* Die pathologische Anatomie entwickelte sich zu einer eigenständigen Spezialdisziplin, da sie sich nicht mehr an klinischen, sondern an anatomischen Gesichtspunkten orientierte. Die Humoralpathologie erlebte ihren letzten Aufschwung. Die *Auskultation*<sup>236</sup> und *Perkussion*<sup>237</sup> im Thoraxbereich fanden zu ihrer endgültigen Form. Die exakte Differentialdiagnostik wurde als ausreichende Behandlungsmethode erachtet, da die statistische Überprüfung zeigte, dass Aderlass, Abführen und Schwitzen den Krankheitsverlauf nicht massgeblich beeinflussten.<sup>238</sup>
- *Deutschland:* Deutschland stand unter dem Einfluss der deutschen Romantik und der Naturphilosophie, die vom Arzt verlangte, das Wesen als Ganzes zu erfassen. Die naturphilosophischen Krankheitsauffassungen lagen in den Grundkräften des Organismus (Irritabilität, Sensibilität und dem Streben nach Reproduktion) und in den Grundkräften des anorganischen Bereichs (chemische, elektrische und magnetische Kraft). Die Praktiker kehrten angesichts der Vielfalt an Theorien und Lehren wieder zu den bewährten Traditionen zurück. Grosses Aufsehen erregte *Samuel Hahnemann* (1755-1843) mit der homöopathischen Heilkunde. Hahnemann war der Ansicht, dass Krankheiten mit Mitteln behandelt werden sollten, die beim Gesunden die gleichen Krankheiten hervorrufen.<sup>239</sup>

Die naturwissenschaftliche Medizin machte durch die Verbesserung des Mikroskops Fortschritte und zeigte, dass Mensch und Tier aus Zellen aufgebaut sind. Es gab noch vielfältige weitere eindruckliche Entwicklungen in der naturwissenschaftlichen Medizin, die an dieser Stelle nicht vertieft werden. Zu erwähnen sind jedoch noch die folgenden Fortschritte. Die Chirurgie wurde massgeblich dadurch beeinflusst, dass begonnen wurde, Wunden zu sterilisieren und Instrumente sowie das Operationsfeld keimfrei zu halten.<sup>240</sup> Die Forschung an Infektionskrankheiten brachte ebenfalls neue Erkenntnisse und führte 1893 dazu, dass mittels eines Diphtherie-Antitoxins Diphtherie erfolgreich behandelt werden konnte. Für diese Entdeckung erhielt *Emil von Behring* 1901 den ersten Nobelpreis für Medizin. Endokrinologie und Immunologie konnten mit der Entdeckung der Hormone die Einsicht in die Gesetzmässigkeiten von Gesundheit und Krankheit aufbauen.<sup>241</sup>

Entwicklungen in den Einzelfächern der Medizin werden nur in einer kurzen unvollständigen Aufzählung dargelegt. Die Einführung von Chloroform als Anästhetikum ermöglichte chirurgische Eingriffe, die bis dato noch undenkbar gewesen waren und *Wilhelm Konrad*

<sup>236</sup>Bereits bei Hippokrates gab es Hinweise, dass der menschliche Körper beklopft wurde und durch das Ohrauflegen eine direkte Form der Auskultation existierte. Die moderne Form der indirekten Auskultation sind die Stethoskope. (Koehler et al., 2004)

<sup>237</sup>Perkussion war keine neue Methode; schon bei Hippokrates gab es die „Succussio Hippocratis“. „Durch Schütteln des Patienten an den Schultern konnte man bei einer Flüssigkeitsansammlung im Brustkorb ein Fluktuationsgeräusch erzeugen und feststellen, wo sich diese befand.“ Durch das Klopfen auf die Brust konnten die Ärzte Schallveränderungen bei gesunden und kranken Menschen feststellen. (Koehler et al., 2004)

<sup>238</sup>Seidler, 1993, 169f; Eckart, 1998, 260f

<sup>239</sup>Seidler, 1993, 170ff

<sup>240</sup>Seidler, 1993, 173ff

<sup>241</sup>Seidler, 1993, 177ff; Bauer, 1965, 265

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

Röntgen (1845-1923) veränderte durch die Entdeckung der Röntgenstrahlen die gesamte medizinische Diagnostik. 1910 brachte Paul Ehrlich (1845-1915) gemeinsam mit Saha-chiro Hata (1873-1938) Salvarsan in der Chemotherapie zur Anwendung.<sup>242</sup>

Die Medizin wurde des Weiteren auf der sozialen Ebene betrachtet. Beispielsweise konnten Unterschiede in der Sterblichkeit und mittleren Lebensdauer bei Arm und Reich gezeigt werden. Charles Darwin (1809-1882), Begründer des Darwinismus, beeinflusste wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklungen unter der Prämisse „*survival of the fittest*“. Der Sozialdarwinismus entwickelte sich später zur Grundlage des Rassismus, der Rassenhygiene und der Eugenik.<sup>243</sup> Der Ausbruch der Cholera prägte durch die „*Sanitary reform movement*“ in England den Begriff *Public Health*. Dadurch wandelte sich das Fachgebiet der Hygiene zu einem elementaren Bestandteil der Seuchen- und Epidemiebekämpfung. Der Staat griff mit sozialpolitischen Massnahmen in die öffentliche Gesundheitspflege ein, beispielsweise durch die 1883 in Deutschland eingeführte Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung.<sup>244</sup>

Die Krankenpflege wurde im 19. Jahrhundert durch verschiedene Formen organisierter Pflege gestaltet und von den Einflüssen von Krieg und Nationalismus, der sozialen Frage und der Frauenbewegung in ihrer Entwicklung nachhaltig geprägt:

- *Katholische Ordenspflege*: Nach der Französischen Revolution erlaubte Napoleon I die weiblichen caritativen Ordensgemeinschaften wieder. Der Gruppe der Barmherzigen Schwestern entsprangen drei weibliche Pflegeorden: die *Borromäerinnen*, die *Vinzentinerinnen* und die *Clemensschwwestern*.<sup>245</sup> Die erste Pflegeerneuerung entstand in Deutschland durch Clemens von Bretano (1778-1832). Er ebnete den Weg für die Einführung der Barmherzigen Schwestern in Bayern und im übrigen Deutschland. Die katholischen Pflegeorden hielten an der Tradition der alten kirchlichen Pflegegemeinschaften fest. Nächstenliebe und Hingabe im Dienst am Kranken waren noch immer die leitenden Grundsätze. Diese katholische Ordenstätigkeit verbreitete sich zunehmend unter der evangelischen Bevölkerung.<sup>246</sup>
- *Evangelische Diakonie*: Im protestantischen Raum traten viele positive Äusserungen zur katholischen Ordenspflege auf. An der Krankenpflege der damaligen Zeit kritisierten die führenden protestantischen Vertreter die „*christuslose Philanthropie bürgerlicher Behörden*“. Amalie Sieveking (1794-1859), Leiterin einer Privatschule für Mädchen, gründete – geleitet vom Vorbild der Barmherzigen Schwestern – einen *Weiblichen Verein für Armen- und Krankenpflege*. Diese kleinen Pflegeverei-

<sup>242</sup>Eckart, 1998, 325 Exkurs: Allgemeine, städtische, konfessionelle und private Krankenhäuser widmeten sich der Krankenbehandlung während sich Universitätskliniken der dreifachen Aufgabe Forschung, Lehre und Krankenversorgung annahmen. Eine eigenständige Rolle nahmen die Medizinischen Polikliniken ein. Sie waren das Bindeglied zwischen Fakultät und Stadt. Leiter war in der Regel der städtische Armenarzt. (Seidler, 1993, 180f)

<sup>243</sup>Eckart, 1998, 255/344

<sup>244</sup>Seidler, 1993, 189ff

<sup>245</sup>Kruse, 1995, 27f; Seidler, 1993, 193f

<sup>246</sup>Seidler, 1993, 193ff

ne blieben im Angesicht der drängenden Bedürfnisse nach einer geordneten Krankenpflege von untergeordneter Bedeutung. Erst mit *Theodor Fliedner* (1800-1864) traten tiefeschürfende Veränderungen ein. Aufgrund der Dringlichkeit von besserem Pflegepersonal griff er den Diakoniegedanken wieder auf. Er gründete den *Evangelischen Verein für christliche Krankenpflege in der Rheinprovinz und Westfalen*, kaufte ein Haus und richtete darin ein Krankenhaus ein. Arme Kranke sollten sowohl in Krankenhäusern als auch zu Hause durch weibliche Pflegekräfte betreut werden. Im Gegensatz zu den Bramherzigen Schwestern unterstellte er die Ausbildung der Diakonissen einem Arzt, der wöchentlich eine Stunde theoretisches und praktisches Wissen vermittelte. Fliedner selbst unterrichtete Bibelkunde, Glaubenslehre und Ethik der Krankenpflege. Nach Fliedner standen die Diakonissen in einem dreifachen Dienstverhältnis: Dienerinnen Jesus, Dienerinnen der Kranken um Jesu willen<sup>247</sup> und Dienerinnen untereinander. Die seelsorgerischen Tätigkeiten hatte die Diakonisse in Abwägung der zur Verfügung stehenden Zeit einzurichten, denn der Vorrang lag auf der leiblichen Pflege der Kranken. Fliedner schuf im evangelischen Bereich die erste organisierte Pflegegemeinschaft, konzipierte einen theoretischen und praktischen Unterricht für die Schwesternausbildung und wies den Weg zu einer christlichen Berufsethik. 1897 gab es weltweit bereits 80 Mutterhäuser mit 14000 Diakonissen.<sup>248</sup> Erstaunlicherweise war damals die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden trotz der Arbeitsbelastung höher als heute. Die Selbstsorge nahm dabei eine wichtige Rolle ein. Trotz der Arbeitsbelastung hatten vier Aspekte einen positiven Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit: 1. Die Mutterhausverbände der Diakonissen übernahmen eine Fürsorgepflicht für die Pflegenden, 2. obwohl die Arbeitszeiten lang waren, waren sie nicht durchgängig intensiv und das Tätigkeitsfeld war viel breiter, 3. die Pflegenden standen in kontinuierlichem Kontakt mit den Patienten und hatten die Möglichkeit die Patienten über einen längeren Zeitraum zu begleiten und 4. die Zuständigkeiten der Pflegenden für die Patienten waren viel breiter und umfassten leibliche und seelische Betreuungsaufgaben.<sup>249</sup>

- *Weltliche Mutterhausverbände:* Die Kriege im 19. Jahrhundert beeinflussten die Krankenpflege massgeblich. Vielerorts entstanden vaterländische Frauenvereine, die während dem Krieg in der Krankenpflege Hilfe leisteten. Aus den Freiheitskriegen ging die Frauenbewegung hervor. *Louise Otto-Peters* forderte die soziale und kulturelle Gleichstellung der Frau und das Recht nach selbstständiger, wirtschaftlicher sowie geistiger Arbeit. Als wichtigste Bewegungen sind die Nightingale-Bewegung und das Rote Kreuz aufzuführen.

– *Florence Nightingale:* In England kam es zwischen 1534 und 1539 zu einer Aufhebung aller Klöster. Der Besitz wurde an Adel und Bürgertum verkauft. Die Pflegeorden und das Hospitalwesen standen ebenfalls vor der Auflösung.

<sup>247</sup> „Sie bewaise in all ihrer leiblichen Pflege des Kranken solche Liebe, Zartheit, Geduld, Sanftmut und Ausdauer, dass man gewahr werde, sie pflege den Kranken, als pflege sie den Leib des Herrn Jesu selbst, und empfange dazu die Kraft aus der Höhe.“ (Seidler, 1993, 198)

<sup>248</sup> Eckart, 1998, 303; Donahue, 1996, 195f; Bischoff, 1994, 27f; Kruse, 1995, 32ff

<sup>249</sup> Kreutzer, 2012, 116f

Heinrich VIII setzte die wichtigsten Hospitäler wieder ein. Diese wurden durch private Wohltätigkeit weiter finanziert. Um die Wende des 19. Jahrhunderts herrschten in England die gleichen Missstände wie auf dem Festland. Erste Reformversuche stammten von den Quäkern. Zu ihnen gehörte *Elisabeth Fry* (1780-1845), die in Anlehnung an Fliedner in London den Verein für Krankenpflegerinnen ins Leben rief. Ein Kriegskorrespondent der Londoner Times berichtete von der besseren Lazarettversorgung der Franzosen durch die Barmherzigen Schwestern. Der Kriegsminister von England bat daher *Florence Nightingale* (1820-1910) die Organisation der Pflege in der Türkei zu übernehmen.<sup>250</sup> Sie stammte aus einer vermögenden Familie und erwarb unter Anleitung ihres Vaters eine hohe Bildung. Florence Nightingale sprach sieben Sprachen und zeigte im Schreiben und in der Mathematik besonderes Talent. Schon früh verspürte sie den Wunsch sich der Krankenpflege zu widmen, was ihr aufgrund der gesellschaftlichen Stellung nicht möglich war.<sup>251</sup> Trotzdem studierte sie alle zugänglichen Unterlagen zum Krankenhauswesen. Florence Nightingale bekam 1853 die Möglichkeit bei den Barmherzigen Schwestern in Paris zu arbeiten, danach war sie in England als leitende Oberin eines Krankenhauses tätig, bevor sie der Ruf des Kriegsministers erreichte. Mit 38 Schwestern reiste Florence Nightingale in die Türkei und sorgte mit drastischen Massnahmen für Ordnung und Sauberkeit, für eine gute und sachgemässe Pflege, sowie für gesunde Ernährung. Unordentliche Wärterinnen schickte sie wieder zurück nach England.<sup>252</sup> Den Ärzten verhalf sie zum Ausbau der Heeresmedizin durch Verbesserungen von Operationsmöglichkeiten und Sektionsverhältnissen. Nach ihrer Rückkehr nach England arbeitete sie weiter am englischen Heeressanitätswesen und verfolgte ihre Idee: „*die Krankenpflege zu einem gut ausgebildeten und öffentlich anerkannten Beruf zu machen.*“ Der 1855 geschaffene Nightingale-Fonds ermöglichte die erste Krankenpflegeschule nach den Vorstellungen von Florence Nightingale. Es war die erste Krankenpflegeschule dieser Art.<sup>253</sup> Die Schülerinnen besuchten eine einjährige Ausbildung in Krankenpflege als Grundlage für die Arbeit in Spitälern und Zuhause bei den Patienten. Nebenher arbeiteten sie als Hilfspflegerinnen, bevor sie für zwei weitere Fortbildungsjahre verpflichtet wurden. Die Krankenpflege wurde einerseits in den sozialen Stand eines erlernten Berufs gehoben und andererseits erhielt die Frau in der Gesellschaft die Möglichkeit,

<sup>250</sup> Seidler, 1993, 200ff; Baly, 1986, 5; Kalisch & Kalisch, 2004, 29ff

<sup>251</sup> Judd, Sitzman & Davis, 2010, 26

<sup>252</sup> In der London Times wurde Florence Nightingale hochgelobt: „Wherever there is a disease in its most dangerous form, and the hand of the despoiler distressingly nigh, there is this incomparable woman (Florence Nightingale) sure to be seen; her benignant presence is an influence for good comfort, even amid the struggles of expiring nature. She is a „ministering angel“, without any exaggeration, in these hospitals; her slender form glides quietly along each corridor, every poor fellow’s face softens with gratitude at the sight of her. When all of the medical officers have retired for the night, and silence and darkness have settled down upon those miles of prostrate sick, she may be observed alone, with a little lamp in her hand, making her solitary rounds.“ (Judd, Sitzman & Davis, 2010, 33)

<sup>253</sup> Judd, Sitzman & Davis, 2010, 27; Baly, 1986, 5ff; Donahue, 1996, 199ff

eine öffentlich anerkannte Ausbildung zu erhalten. Bis zu ihrem Tod arbeitete Florence Nightingale an vielen Problemen der öffentlichen Gesundheitspflege, des Spitalwesens und anderen staatlichen Interessensgebieten.<sup>254</sup> Der Einfluss von Florence Nightingale steht in direktem Zusammenhang mit den Entwicklungen in der Pflege, der militärischer Gesundheitsversorgung, der Pflegeausbildung, der Organisation von Spitälern während ihrer Lebzeiten bis zum heutigen Tag. Mit systematischer Datenerfassung und statistischer Analyse konnte sie die Veränderungen der Behandlungen beim Patienten rechtfertigen und die Patientenergebnisse optimieren.<sup>255</sup>

- *Das Rote Kreuz: Jean Henri Dunant* (1828-1910) wurde Augenzeuge der Schlacht bei Solferino am 24. Juni 1859 und störte sich an der ungenügenden ärztlichen und pflegerischen Versorgung der Verletzten. Er organisierte eine Hilfsaktion mit der Bevölkerung umliegender Orte und schrieb drei Jahre später Pläne zur Verhütung ähnlicher Missstände in zukünftigen Kriegen. Er forderte, dass jeder Staat Zentralvereine gründen, sich in Friedenszeiten der Ausbildung der Hilfskräfte annehmen und sich im Kriegsfall um die Verwundeten kümmern sollte. Das Personal sollte ausserdem mit einem gemeinsamen Kennzeichen ausgestattet werden und dadurch den Schutz der Neutralität geniessen. Auf der zweiten internationalen Konferenz unterzeichneten zwölf Staaten die erste Genfer Konvention, die die Neutralität von Lazaretten, militärischem Pflegepersonal und zivilen Hilfskräften festlegte. Das Schutzzeichen war das Rote Kreuz auf weissem Feld.<sup>256</sup> 1901 wurde Henri Dunant der erste Friedens-Nobelpreis verliehen. Rotkreuzschwesternschaften breiteten sich in alle Teile der Welt aus, wenn auch mit unterschiedlichen Organisations- und Ausbildungsformen. Die organisierte Pflege hatte nicht mehr nur den Krieg als Hauptbestimmung, sondern auch eine öffentliche Aufgabe. 1876 erschien die erste Berufsstatistik über die im Deutschen Reich aktiven Krankenpflegerinnen, die eine Art Vorbildung in Pflege hatten. Damals arbeiteten 8681 Frauen, davon 87% auf caritativer Basis, 6% in Frauenvereinen unter dem Roten Kreuz und 7% als freipraktizierende Krankenpflegerinnen gegen Entgelt.<sup>257</sup>

- *Freiberufliche Krankenpflege*: Insbesondere in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nahm die Diskussion über die berufliche Tätigkeit als Krankenpflegerin<sup>258</sup> neue Formen an. Die Stellung von Pflege und Pflegerin innerhalb einer sich neu definierenden Krankenhausmedizin führte zu kontroversen Diskussionen. Die Rol-

<sup>254</sup>Seidler, 1993, 200ff; Judd, Sitzman & Davis, 2010, 29

<sup>255</sup>Judd, Sitzman & Davis, 2010, 25/31; Donahue, 1996, 208

<sup>256</sup>Donahue, 1996, 209ff

<sup>257</sup>Seidler, 1993, 204ff

<sup>258</sup>„Die Krankenpflege als interkonfessioneller, in der Gesellschaft geachteter und finanziell gesicherter Frauenberuf mit staatlich geregelter Ausbildung und persönlicher Freiheit der Arbeitsplatzwahl, dies waren die Ideale, die sich nach tastenden Vorversuchen um die Jahrhundertwende Bahn brachen.“ (Seidler, 1993, 208)

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

le der Krankenpflege wurde im gleichen Atemzug mit dem Thema der Zulassung von Frauen zum Medizinstudium thematisiert.<sup>259</sup> Der Frau wurden andere Interessen<sup>260</sup> unterstellt. Diese Kontroverse vertiefte den Graben zwischen Medizin und Pflege zunehmend und blieb bis heute bestehen. Die Medizin sah in der Krankenpflege die Unterstützung des Arztes, während die Pflege nach sachlicher Selbstständigkeit strebte.<sup>261</sup>

Valérie de Gasparin gründete die erste unabhängige Stiftungskrankenpflegeschule für freie, bezahlte Pflegerinnen. Der von Friedrich Zimmer (1855-1919) gegründete *Evangelische Diakonieverein zur Sicherstellung von Dienstleistungen in der Diakonie* eröffnete 1894 das erste Diakonieseminar zur Ausbildung in der Krankenpflege. Die ausgebildeten Pflegerinnen hatten Anspruch auf Entgelt für ihre Tätigkeit und auf Urlaub. Ausserdem schloss Friedrich Zimmer mit Krankenhäusern, die für die Ausbildung geeignet waren, Verträge ab. Seit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes 1883 und aufgrund der wachsenden Grossstädte war eine grosse Zahl der Pflegerinnen um die Jahrhundertwende in der Privatpflege tätig. Die Berufsstatistiken zeigen, dass die Zahl der in der Krankenpflege tätigen Frauen stark angestiegen war. 1909 arbeiteten 56000 Frauen als Krankenpflegerinnen. Die Arbeitsbedingungen waren jedoch sehr schlecht: Die Arbeitszeiten beliefen sich auf 15 Stunden am Tag, die Vorsorgeleistungen waren mangelhaft und viele Schwestern erkrankten aus Erschöpfung oder begingen Suizid. Ein Risiko für den gesamten Berufsstand stellten die zahlreichen schlecht oder nicht ausgebildeten Frauen dar, die als Pflegerinnen arbeiteten. Die Arbeitsüberlastung und die schlechte Bezahlung wurden auch politisch diskutiert, ohne dass diese jedoch handelnd einschritt. Elisabeth Storp (1863 - ca. 1944) forderte in ihrer Schrift „*Die soziale Stellung der Krankenpflegerinnen*“ die Verstaatlichung der Ausbildung, eine zentrale Arbeitsvermittlung, eine Verbesserung der Löhne und kürzere Arbeitszeiten. Auf der Generalversammlung des Bundes Deutscher Frauenvereine wurde bestätigt, dass die Krankenpflege als freier Beruf zu fördern sei. Die „*Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands*“ befragte ihre Mitglieder über Arbeitszeit, Einkommen und Lebensverhältnisse. Der Verband unterstützte die Mitglieder bei der Arbeitsplatzvermittlung sowie bei Arbeits- und Rechtsberatungen. Des Weiteren wurde eine Vorschrift für eine dreijährige Ausbildung mit gesetzlicher Verankerung (erst 1957 durchgesetzt) und staatlicher Prüfung (1907) erlassen. 1904 schlossen sich die

<sup>259</sup>Die Bezeichnung Ärztin fasste die Gruppe von Kräuterfrauen, Baderinnen, herumziehende Heilerinnen oder Frauen in der mindergeachteten Chirurgie zusammen. Erst im 18. Jahrhundert konnten einige Frauen an den Universitäten akademische Grade erlangen. Sie wurden hauptsächlich privat unterrichtet und besuchten keine Vorlesungen. Die Frauenbewegung forderte Zugang für Frauen zum Medizinstudium. In den USA wurde die Freigabe 1845, in Frankreich 1863, in Zürich 1867 und in Basel 1890 realisiert. Die Forderungen gingen mit einer bessern Schulbildung für Mädchen einher. (Seidler, 1993, 213ff)

<sup>260</sup>„Das Weib“, so heisst es in der Stellungnahme einer Medizinischen Fakultät zum Frauenstudium „hat andere natürliche Interessen; es strebt vor allem danach, Gehilfe des Mannes zu werden.“ (Seidler, 1993, 208)

<sup>261</sup>Seidler, 1993, 208ff; Kruse, 1995, 54ff; Bauer, 1965, 277f

Berufsorganisationen von England, Irland, Amerika und Deutschland zum offiziellen Weltbund und der ältesten internationalen Berufsorganisation *International Council of Nurses, (ICN)* zusammen. Die Gegner der neuen Bewegung hielten an den Vorstellungen der Krankenpflege aus Nächstenliebe fest, während die Befürworter, insbesondere auf die Gefahren von Mangel an Wissen und Können, aufmerksam machten.<sup>262</sup>

Im späten 19. Jahrhundert wurden in den USA nach dem Vorbild von Florence Nightingale mehrere Schulen für Krankenpflege eröffnet. Nach einem Jahr Ausbildung arbeiteten die Pflegenden hauptsächlich in der Reinigung, der Essenszubereitung, aber auch in der Patientenpflege. Die Arbeitszeiten beliefen sich bis auf 70-90 Stunden pro Woche. Erst 1928 wurde die 40-Stunden Woche eingeführt. In den 1880er und 1890er Jahren nahmen fünf Pflegeschulen für Männer ihre Tätigkeit auf. Durch Entdeckungen wie einfaches Händewaschen auf Geburtsstationen zur Reduktion der Säuglingssterberate entwickelte sich die Pflege weiter und übernahm vermehrt diagnostische Aufgaben und half bei Operationen mit.<sup>263</sup>

Es war aber nach wie vor so, dass Krankenpflege von jedem ausgeführt werden konnte, ohne Nachweis fachlicher Kenntnisse. Der Ruf der Krankenpflege litt unter schlecht qualifizierten Pflegepersonen sowohl in der privaten Krankenpflege als auch der Pflege im Krankenhaus. Bedingt wurde dies unter anderem durch die schlechte Entlohnung des Pflegepersonals. Die Bewegungen von Theodor Fliedner und der Schwesternschaft des Roten Kreuzes gaben dem negativen Verlauf Gegensteuer. Frauen wurden vermehrt ausserhäuslich aktiv, da vor allem Frauen aus unteren sozialen Schichten gezwungen waren mitzuarbeiten und viele Frauen unverheiratet blieben. Die Krankenpflege stand also auch zunehmend in einem Spannungsverhältnis zwischen caritativer Liebestätigkeit, der Arztassistenten und der ausserhäuslichen Erwerbsmöglichkeit.<sup>264</sup> Ab dem 18. resp. 19. Jahrhundert stieg die Nachfrage nach gut qualifiziertem Pflegepersonal stetig an. Dies einerseits wegen der „*Entwicklung des Hospitals zum Krankenhaus im heutigen Sinn*“ und der „*Entwicklung der Medizin zur Naturwissenschaft*“, andererseits wegen der „*durch die Industrialisierung geschaffenen Verhältnisse, die eine massenhafte Versorgung grosser Teile der Bevölkerung im Krankheitsfall erforderlich machten*“ und „*der Kriege des 19. Jahrhunderts, die das Problem der Verwundetenversorgung akut werden liessen*“.<sup>265</sup>

<sup>262</sup>Seidler, 1993, 208ff; Kruse, 1995, 54ff; Bauer, 1965, 277f

<sup>263</sup>Judd, Sitzman & Davis, 2010, 44-54; Eckart, 1998, 288f/315

<sup>264</sup>Kruse, 1995, 13ff

<sup>265</sup>Bischoff, 1994, 73f



## 4.9 Das 20. Jahrhundert

Für das 20. Jahrhundert liegen unzählige Zeitzeugnisse vor und in allen Disziplinen führte die naturwissenschaftliche Wende zu einem explosiven Forschungsanstieg. Aufgrund der unüberschaubaren Datenmenge müssen für dieses Kapitel einige Einschränkungen vorgenommen werden. Einstiegender werden ausgewählte Meilensteine für das 20. Jahrhundert aus Forschung, Medizin und Politik skizziert. Anschliessend wird auf die Situation der Pflege in Deutschland während des 2. Weltkriegs eingegangen. Dies einerseits, weil Deutschland als Nachbarland der Schweiz grossen Einfluss auf die Pflege in der Schweiz hatte und Pflegefachpersonen aus der Schweiz die Stichprobe für die spätere empirische Erhebung bilden. Andererseits kam es im Zuge des 2. Weltkriegs in Deutschland zu schwerwiegendsten Menschenrechtsverletzungen, was weltweit z.B. die Richtlinien für die Forschung am Menschen grundlegend verändert und das Bewusstsein für die Ethik in Medizin und Pflege geweckt hat. Schliesslich werden massgebliche Entwicklungen des Pflegeberufs in der Schweiz im 20. Jahrhundert erwähnt. Differenzierter wird die aktuelle Situation des Pflegeberufs an ausgewählten Beispielen in den theoretischen Grundlagen erwähnt.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gewann der internationale Imperialismus zunehmend an Bedeutung. Während des ersten Weltkrieges brachen viele Monarchien zusammen und die Auswirkungen des Krieges beeinflussten das Weltbild der Betroffenen. Einfluss auf das Weltbild übten auch die exakten Naturwissenschaften aus – *Max Planck* (1858-1957) begründete die Quantentheorie und *Albert Einstein* (1879-1955) die Relativitätstheorie. Zu Beginn des Ersten Weltkrieges meldete sich eine Vielzahl unausgebildeter Mädchen und Frauen<sup>266</sup> zur Mithilfe bei Erfrischungs-, Verpflegungs- und Verbandsstellen an Bahnhöfen. Diese Situation verschärfte die Problematik rund um die Ausbildung im Pflegeberuf. Gleichfalls prägend für die damalige Zeit waren die Inflation 1923 und die Waffenstillstandsbedingungen basierend auf dem Versailler Vertrag. Die Hochkonjunktur in den USA gipfelte 1929 in einem Börsencrash und der darauf folgenden Weltwirtschaftskrise. Parallel wuchs die Parteistärke der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP) bis 1932 stetig.<sup>267</sup>

Anfangs 1900 beherrschte das Experiment die medizinische Forschung und die Einzeldisziplinen betrieben vornehmlich wissenschaftliche Grundlagenforschung. Die Medizin widmete sich wieder vermehrt der Konstitution des Menschen – dem Körperbau, Temperament, Charakter und Verhalten. Des Weiteren konfrontierten die menschlichen Kriegsverluste und die gewachsene Sterblichkeitsrate die Medizin mit weiteren Herausforderungen, von denen insbesondere die Chirurgie, die Infektions- und die Ernährungswissenschaften profitierten. In der Krankenpflege genoss das Rote Kreuz in der Ausbildung der Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger das Monopol und erhielt grossen Zulauf an

<sup>266</sup>Die Helferinnen als „Kameradin des Soldaten“ musste folgende Eigenschaften mitbringen: „Opferbereitschaft, Entsagung, Selbstverleugnung, Asexualität und Unterordnung [...] im Dienst am Kranken und am Vaterland.“ (Seidler, 1993, 225)

<sup>267</sup>Seidler, 1993, 216ff

Helferinnen und Helfern, was die Situation der freiberuflichen Krankenpflege erschwerte. Die Möglichkeiten von Hirn-, Thorax- und Abdominaloperationen nahmen merklich zu. Doch trotz der Ausbildungen durch das rote Kreuz, existierte nach wie vor keine einheitliche staatliche Regelung der Krankenpflegeausbildung. Verbesserungen ergaben sich durch die Begrenzung der Arbeitszeiten, die ersten Tarifverträge nach 1919 sowie die Sozial- und Unfallversicherungspflicht. 1928 arbeiteten 52.9% freie Schwestern und Pfleger in der Krankenpflege. 1928 gründete die Gewerkschaft in Deutschland eine „*Schwesterenschaft der Reichssektion Gesundheitswesen*“ und in den 70er Jahren entstand die Arbeiter-Samariter-Bewegung.<sup>268</sup>

Auch die Thematik der Eugenik gewann an Bedeutung. Der Engländer *Francis Galton* (1822-1911) erforschte Erbgesetze und schrieb über die Verbesserung des Erbguts beim Menschen durch Züchtung. Die Eugenik entfaltete ihre Wirkung besonders im Hinblick auf die Verbesserung der Erbsubstanz von Völkern, die dem Staat Kosten einsparen sollte – insbesondere nach der Veröffentlichung der Schrift „*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens*“.<sup>269</sup> Diese Entwicklung wuchs ad extremum mit der Machtübernahme Adolf Hitlers im Jahre 1933 in Deutschland und dem damit verbundenen Antisemitismus, den Nürnberger Gesetzen, der Reichskristallnacht und dem millionenfachen Völkermord von 6 Millionen Angehörigen des europäischen Judentums, an polnischen Staatsangehörigen, Roma und weiteren Bevölkerungsgruppen in den Konzentrationslagern. Auf eine Zusammenfassung des chronologischen Ablaufs des zweiten Weltkriegs wird im Rahmen dieser Arbeit verzichtet.<sup>270</sup>

Unter dem NS-Regime wurden verschiedene Gesetze im Rahmen der NS-Gesundheitsführung erlassen, so auch die zwangsweise Unfruchtbarmachung oder der straffreie Schwangerschaftsabbruch bei sogenanntem Schwachsinn, Schizophrenie, erblicher Blind- oder Taubheit sowie bei schweren körperlichen Missbildung, Chorea Huntington etc. Rund 200'000-350'000 Personen wurden infolge der gesetzlichen Änderungen sterilisiert. Doch damit nicht genug: 1939 erlaubte der „*Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden*“ die Tötung von Kindern mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung, sowie gesunder, aber rassistisch diskriminierter Kinder – 5000 Kinder wurden in „*Kinderfachabteilungen*“ ermordet. Zeitgleich wurden im Rahmen der Judenverfolgung die bislang sehr angesehenen jüdischen Ärzte verfolgt und ihre Praxen wurden geschlossen. Von anfänglich 8000-9000 jüdischen Ärztinnen und Ärzten, die Anfang 1933 in Deutschland tätig waren, verdrängte das NS-Regime 9/10 aus dem Beruf. Ein weiteres dunkles Kapitel der NS-Zeit sind die wissenschaftlichen Experimente an lebenden Menschen. Die Häftlinge in den Konzentrationslagern wurden Sauerstoffmangel-, Unterkühlungs-, Sterilisierungsversuchen und Fleckfieberinfektionen, um nur einige zu nennen, in der menschenverachtendsten Form im Rahmen medizinischer Forschung ausgesetzt. Im Rahmen staatlicher Auftragsforschung wurde an Forschungs-

<sup>268</sup>Seidler, 1993, 216-225; Bauer, 1965, 314ff

<sup>269</sup>Eckart, 1998, 344ff

<sup>270</sup>Seidler, 1993, 216-226

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

institutionen der Universitäten für das Heer, die Marine und die Luftwaffe gearbeitet.<sup>271</sup>

In der Krankenpflege wurde unter dem NS-Regime 1929 die Schwesternschaft vom Roten Hakenkreuz gegründet, die 1934 in die NS-Schwesternschaft (braune Tracht: *braune Schwestern*) integriert wurde. Alle Berufsverbände und Pflegevereine sollten in der *Reichsarbeitsgemeinschaft der Berufe im sozialen und ärztlichen Dienst* (RAG) zusammengefasst werden. Viele NS-Schwestern arbeiteten in SS-Lazaretten sowie SS-Entbindungs- und Mütterheimen. In der *NS-Frauenschaft, die nationalsozialistische Volkswohlfahrt* (NSV) wurden die katholische Caritas, die evangelische Diakonie, das Deutsche Rote Kreuz, die NS-Schwesternschaft sowie der Reichsbund der Freien Schwestern und Pflegerinnen (blaue Tracht: *blaue Schwestern*) zusammengefasst. Erwähnt sei an dieser Stelle, dass die männlichen Krankenpfleger vornehmlich als Krankenträger oder Operationsgehilfen tätig waren. Im Zweiten Weltkrieg wurden Schwesternhelferinnen, männliche Helfer und Hilfsschwestern durch das Deutsche Rote Kreuz zwangsrekrutiert. Nach der reichseinheitlichen Regelung der Krankenpflegeausbildung (September 1938) durfte die Ausbildung zur Krankenschwester nur noch in staatlich anerkannten Krankenpflegeschulen angeboten werden. Bei Tätigkeit ohne Examen war ursprünglich eine Bestrafung angesetzt gewesen, die allerdings aufgrund des hohen Pflegepersonalbedarfs nach Kriegsausbruch nicht als Verordnung durchgesetzt werden konnte. Die Bezeichnung *Krankenschwester* resp. *Krankenpfleger* wurde 1938 erstmals geschützt.<sup>272</sup> Im Nürnberger Ärzteprozess wurden wenige der Täter der humanexperimentellen Verbrechen unter dem Hitlerregime am 20. August 1947 verurteilt. Der Prozess markiert ausserdem den Ausgangspunkt für die künftigen „*ethischen Prämissen des Humanexperiments*“.<sup>273</sup>

Nach dem zweiten Weltkrieg, in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, nahmen globale Probleme wie die ungleiche Verteilung von Gütern zwischen Industrienationen und Drittweltländern zu. Genauso verschärften sich die ökologischen Folgeschäden einer stetig wachsenden Technologisierung. Die BRD erlebte unter *Konrad Adenauer* (1876-1967) wirtschaftlichen Aufschwung. Auf globaler Ebene wurden seit Kriegsende verschiedene europäische und internationale Organisationen gegründet.<sup>274</sup>

Auf eine detaillierte Beschreibung der medizinischen Entwicklungen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wird verzichtet. Global betrachtet führte die Industrialisierung der Forschung zu einer naturwissenschaftlichen Prägung der Medizin. Die Vervielfachung der medizinischen Disziplinen und Berufe führte zu Schwierigkeiten der Spezialisierung und Integration dieses Wissens. Patienten wurden in ein spezialisiertes Medizinsystem versetzt mit unterschiedlichen behandelnden Ärzten. Aufgrund der technologischen Entwicklungen veränderten sich die diagnostischen und therapeutischen Massnahmen, mit zunehmender Abhängigkeit der Diagnose und Therapie von der Technik. Die Handlungsmöglichkeiten in der Medizin wurden durch die Intensivmedizin und die bildgebenden

<sup>271</sup>Eckart, 1998, 346-360; Seidler, 1993, 228ff

<sup>272</sup>Seidler, 1993, 233ff

<sup>273</sup>Eckart, 1998, 256f

<sup>274</sup>Seidler, 1993, 238ff

Verfahren stark ausgebaut. Die obengenannten Entwicklungen in der Medizin führten wissenschaftlich gesehen zu einer grossen Ansammlung an Befunden. Ökonomisch betrachtet zu zwingenden Überlegungen über die gerechte Verteilung der medizinischen Möglichkeiten und Mittel und abschliessend aus politischer Perspektive zu einem globalen Ungleichgewicht aufgrund der Medizin zwischen Arm und Reich.<sup>275</sup> Es kam zu einer Mengenausweitung der medizinischen Leistung mit einer gleichzeitigen Forderung nach einer Kostensenkung. Dürr (2007) spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die „*Kostenexplosion*“ nichts anderes sei „*als die logische Konsequenz der so oft bejubelten „Leistungsexplosion*“.“<sup>276</sup> Baumann-Hölzle (2007) schreibt dazu: „*Dies führt zu einem weiteren Paradox: Demnach müssten nämlich die Anbieter des Gesundheitswesens ein Interesse an möglichst vielen kranken Menschen haben. Folgerichtig werden denn auch immer wieder neue Krankheitsgruppen generiert [...]*.“<sup>277</sup>

Der Pflegeberuf kämpfte nach wie vor für ein angemessenes Berufsbild im Rahmen gesellschaftlicher Veränderungen und Herausforderungen in der Pflegepraxis. Nachdem die NS-Verbände aufgelöst worden waren, gewannen die alten Schwesternverbände wieder an Bedeutung. Kontrovers diskutiert wurden insbesondere „*die Forderungen nach einem vollen medizinischen Wissen und Können*“. Das International Council of Nurses beschäftigte sich 1953 ebenfalls mit diesen Fragen und sah das Ideal in der Krankenpflege „*als eigenständigem Gesundheitsberuf mit dem Auftrag, die durch Krankheit eingeschränkte Fähigkeit des Menschen, für sich selbst zu sorgen, aufrecht zu erhalten, zu unterstützen und wiederherzustellen. Sie begreift sich dabei vornehmlich als Partner, gelegentlich als Anwalt der Patienten und/oder seiner Angehörigen. Die Krankenpflegepersonen möchten ihre Leistungen im Bereich der Beratung, Fürsorge und Hilfeleistung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens der Patienten anerkannt und gewürdigt wissen*“.<sup>278</sup> Die Fragen nach der Unterrichtsgestaltung, dem wissenschaftlichen Niveau der Schwesternausbildung und die Annäherung der Ausbildung an den ärztlichen Wissensbereich stellten sich ebenfalls vermehrt.<sup>279</sup>

Seit Mitte des 20. Jahrhunderts und bis heute stellen sich die Fragen, welches die Aufgaben der Krankenpflege sind und wie sich diese Aufgaben im Zuge technischer und wissenschaftlicher Entwicklungen verändert haben resp. verändern müssen.

Nach den obigen Ausführungen zu den Einflüssen von Florence Nightingale oder Agnes Karll in der in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts soll nun kurz die Krankenpflege in der Schweiz im 19. Jahrhundert resp. der Übergang ins 20. Jahrhundert in einem Überblick skizziert werden. Das 19. Jahrhundert gehört wie bereits angedeutet in das Zeitalter der Industrialisierung – „*des Wandels von der agrarischen zur industriellen Gesellschaft*“.<sup>280</sup> Im vorindustriellen Zeitalter galt die Maschine als Mittel zur Arbeit. Der

<sup>275</sup>Seidler, 1993, 240ff

<sup>276</sup>Dürr, 2007, 303

<sup>277</sup>Baumann-Hölzle, 2007, 43

<sup>278</sup>Seidler, 1993, 246

<sup>279</sup>Seidler, 1993, 245ff

<sup>280</sup>Dätwyler & Lädach, 1987, 15

#### 4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht

Mensch konnte die Maschine bei Bedarf durch eine andere ersetzen. Nach der Industrialisierung hat sich die Arbeit mit den Maschinen dahingehend verändert, dass der Mensch an der Maschine sitzt und „*ein Attribut des Apparats*“ wird. Der Mensch konnte ersetzt werden und wurde von der Konstanten zur Variable.<sup>281</sup> Die industriellen Entwicklungen in der Schweiz zogen verschiedene Folgen nach sich. Die Stellung der Landwirtschaft wurde schwächer und die Textilindustrie verlor zugunsten der Maschinenindustrie an Bedeutung. Durch die höheren Einkommen, auch in den unteren sozialen Schichten, stiegen die Preise und die Konsumkraft – dennoch führten Missernten zu steigenden Preisen für Grundnahrungsmittel und folglich zu Hungersnöten in armen Familien. Die industrielle Revolution führte dazu, dass nicht mehr Stand und Herkunft massgebend waren, sondern, dass „*jeder (männliche Bürger) die gleichen politischen und wirtschaftlichen Rechte besass (liberté, égalité, fraternité)*“.<sup>282</sup> Für die Berufstätigkeit der Frauen im 19. und noch bis ins 20. Jahrhundert waren die Aussichten weniger vorteilhaft als für Männer. Frauen hatten kleinere Verdienstmöglichkeiten, waren ökonomisch und persönlich abhängig und hatten eine quasi unbeschränkte Arbeitszeit.<sup>283</sup>

In der Schweiz gab es insgesamt fünf Krankenpflegeverbände, die sich 1945 zur Dachorganisation „*Verband schweizerischer Krankenpflegeorganisationen*“ zusammenschlossen.<sup>284</sup> Die Krankenpflegeausbildung hat ihren Ursprung bei „*den katholischen Pflegeorden und den konfessionell geprägten Schwesternschaften einschliesslich der Rotkreuz-Schwesternschaften*“.<sup>285</sup> Für eine detailliertere Darstellung der Krankenpflegeausbildung der vergangenen Jahrhunderte wird auf die Ausführungen zu den Pflegeorden früher in der Arbeit und auf die einschlägige Fachliteratur<sup>286</sup> verwiesen. Zu Beginn des 20. Jahrhundert wurden die Krankenhäuser durch staatliche Zuschüsse finanziert. An allen Ecken und Enden wurde gespart. Besonders beeinflusste der damalige Sparkurs das Pflegepersonal. Dies evozierte ein neues Spannungsverhältnis zwischen dem Bedarf Mittel zu sparen und möglichst gut qualifiziertes und langjähriges Pflegepersonal zu rekrutieren.<sup>287</sup> Die Pflege ist sehr personalintensiv, also ist die logische Konsequenz, dass mit weniger Personal Kosten gespart werden können. Entweder wird gleichviel Personal, aber billiges eingestellt oder weniger Personal, dafür mit verminderter Qualität als Folge oder weniger Personal mit weniger Leistung. Meistens überschneiden sich die drei Massnahmen in Realität.<sup>288</sup>

Schon in den 1980er Jahren gab es in der Schweiz Diskrepanzen zwischen Berufserwartungen und Berufsrealität, die sich in einer hohen Ausstiegsquote aus dem Beruf manifestierten.<sup>289</sup> Folglich waren die Arbeitsbedingungen in der Krankenpflege dürftig – in erster Linie bezüglich Arbeitszeit, Entlohnung, Verköstigung und Dienstordnungen.

---

<sup>281</sup>Gronemeyer, 2012, 106

<sup>282</sup>Dätwyler & Lädach, 1987, 27

<sup>283</sup>Dätwyler & Lädach, 1987, 26ff

<sup>284</sup>Bauer, 1965, 332

<sup>285</sup>Kruse, 1995, 27

<sup>286</sup>z.B. Kruse, 1995; Seidler, 1993 oder Sticker, 1977, 1960, 1957 oder 1959

<sup>287</sup>Dätwyler & Lädach, 1987, 13f

<sup>288</sup>Kesselring & Wandeler, 2007, 159

<sup>289</sup>Dätwyler & Lädach, 1987, 13f

Das weibliche Pflegepersonal erhielt trotz Ausbildung oder besonderer Eignung überall 10-25% weniger Lohn als männliches Krankenpflegepersonal. Des Weiteren waren die Erkrankungs- und Sterblichkeitsrate bei Krankenpflegerinnen höher als bei ihren männlichen Berufskollegen.<sup>290</sup> Als aber immer mehr Kliniken eröffnet wurden, wurde der Schwesternmangel akut. Um dagegen vorzugehen und genügend Nachwuchskräfte für die Pflege zu gewinnen, wurden die Arbeitsbedingungen „den Lebensentwürfen der nachkommenden Frauengenerationen“ angepasst. So wurde beispielsweise die Wochenarbeitszeit reduziert. Dies war schliesslich der Beginn der Rationalisierungsmassnahmen in der Pflege<sup>291</sup>

*„Aus der Schwester als „Dienerin Gottes“ wurde ein Produktionsfaktor. Indem die Pflege aus dem religiösen Kontext in den Sinnzusammenhang industrieller Produktionsweise überführt wurde, öffnete sich das Berufsfeld für die Logik ökonomischer Kosten-Nutzenkalkulationen. [...] Damit wurde das ehemals umfassend konzipierte Tätigkeitsfeld der Schwestern in einen höherwertigen – das heisst arzt- und technikenahen Bereich – und einen niederwertigen – das heisst hausarbeitsnahen Bereich – aufgeteilt. Das Verständnis von Krankenpflege änderte sich tiefgreifend. Nicht mehr die Nähe zum Patienten, sondern die Orientierung an der medizinischen Profession rückte in den Mittelpunkt des pflegerischen Selbstverständnisses. Aus der „Betreuerin der Kranken“ wurde die „Gehilfin des Arztes“ [...].“<sup>292</sup>*

Die Arbeit der Krankenpflege, die lange als „Liebesdienst“ verstanden und behandelt wurde, hat sich in den vergangenen Jahrzehnten zu einer Lohnarbeit entwickelt, die nach kostenökonomischen Prinzipien organisiert ist. Die Arbeitskraft als Kapital wird für die Erfüllung eigener Interessen instrumentalisiert.<sup>293</sup> In der Krankenpflege treffen zwei Aspekte aufeinander: einerseits das Berufsethos der Krankenpflege (vereinfacht: „Helfen wollen“) und andererseits die naturwissenschaftlich-technische als auch die ökonomische Komponente des Gesundheitswesens.

In den Organisationen des Gesundheitswesens besteht ebenfalls ein widersprüchliches Verhältnis zwischen uneigennütziger Krankenversorgung und ökonomischen Zielsetzungen. Das Krankenhaus steht unter Rationierungs- und Sparsamkeitszwängen und ist Teil der kapitalistischen Gesellschaft. Das Gesundheitswesen beansprucht stetig Ressourcen der Volkswirtschaft – unabhängig von florierendem, eingeschränktem oder stagnierendem Wirtschaftswachstum. So verändert sich auch der Druck nach Leistungseinschränkungen als systemrelevante Massnahme. Auf der einen Seite muss der Staat Voraussetzungen für eine funktionierende Wirtschaft schaffen und auf der anderen Seite nimmt mit abnehmender Wachstumsrate der Wirtschaft, „der ökonomische und politische Druck in Richtung Verminderung des gesellschaftlichen Aufwands für Gesundheitsleistungen“ zu.<sup>294</sup>

<sup>290</sup>Bischoff, 1994, 105-124

<sup>291</sup>Kreutzer, 2012, 119

<sup>292</sup>Kreutzer, 2012, 120

<sup>293</sup>Bischoff, 1994, 150-160

<sup>294</sup>Bischoff, 1994, 150-160

#### *4 Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht*

Aufgrund der bestehenden, vielschichtigen Spannungsverhältnisse stellt sich die Frage, ob diese Dualitäten mögliche Erklärungsansätze für die Fluktuation des Pflegepersonals liefern?

Nachdem die Leserinnen und Leser einen Überblick über die historische Entwicklung des Pflegeberufs erhalten haben, werden relevante Parallelen zwischen Geschichte und Gegenwart aufgezeigt. Eingebettet wird das historische Fazit ins heutige Zeitalter zunehmender Ökonomisierung im Gesundheitswesen. Im folgenden Kapitel wird überleitend auf die Care-ethische Debatte eingegangen, bevor in Kapitel 6 die Funktionsweise und die Steuerung des schweizerischen Gesundheitswesens vereinfacht dargelegt und nach einer Begriffsklärung und Hintergrunderläuterung zur Ökonomisierung das Fazit zur historischen Entwicklung gewerkschaftsbezogen in ebendiesen Kontext eingebettet werden.

# 5

## Bedeutung der Care-Ethik im ökonomisierten Gesundheitswesen

Wie im vorherigen Kapitel gezeigt, ist die Sorge resp. Fürsorge für Pflegebedürftige die intrinsische Motivation für Pflegehandlungen. Wie eingangs in Kapitel 4 „Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht“ erläutert, steht die Sorge im Zentrum des medizinischen Denkens und Handelns. Das trifft auch auf die Pflege in ihrer ursprünglichen Form zu, die als Dienst an der Gemeinschaft verstanden werden kann. Phänomenologisch ist die Sorge ein Charakteristikum des Menschseins. An dieser Stelle soll nochmals das Zitat von Wils & Baumann-Hölzle (2013) aufgeführt werden, das diesen Umstand treffend beschreibt:

*„Am Anfang war die Sorge. Menschen werden geboren in einer Welt, in der Andere sich um sie kümmern und sorgen. Wenn es gut geht. Die Sorge ist die erste Figur der Moral, der wir am Anfang unseres Lebens begegnen. Sie betrifft nicht bloss den Anfang unserer Existenz. Menschen sind Wesen, die sich zeitlebens um sich und um Andere sorgen. Wir sind Empfänger und Spender von Sorge solange wir leben. [...] Die Sorge lässt sich demnach als das Urdatum, als die Grundverfassung unseres Daseins bezeichnen. Wir sind auf Sorge angewiesen und sind das umfassender, länger und intensiver als alle anderen Lebewesen. Und wir antworten unsererseits auf die Sorgebedürftigkeit Anderer, indem wir uns um sie kümmern. Die Gabe der Sorge ist ein Respons auf die Bitte um Sorge, auch wenn die Bitte nicht ausdrücklich formuliert werden muss. Sorge ist somit ein anthropolisches Merkmal, das unsere Art kennzeichnet. Sie ist fundamentalmenschlich.“<sup>1</sup>*

Nach Wils & Baumann-Hölzle (2013) ist die Pflege die erste Handlung der Sorge. Der Pflegeberuf schliesslich kann als die professionalisierte Form der Sorge verstanden werden, der aus dem Sorgeauftrag der Gesellschaft entstand und sich insbesondere mit der Entstehung von Städten als Bedürfnis abzeichnete. Als Folge davon entwickelte sich die Care-Ethik. Sie nimmt sich den Aspekten und Tugenden der Pflege als eigene Ethik der Pflege an. Entwickelt hat sich die Care-Ethik allerdings erst in den 1980er Jahren, da im Gesundheitswesen das Problem besteht, eine Balance zwischen den vielfältigen Bedürfnissen zu finden – Überlegungen, die erst im 20. Jahrhundert mit der Akademisierung

---

<sup>1</sup>Wils & Baumann-Hölzle, 2013, 29



und Professionalisierung der Pflege Eingang in den pflegerischen Diskurs fanden. Fragen wie, welche Patientinnen und Patienten das dringendste Bedürfnis für eine medizinische Behandlung haben, stehen täglich zur Debatte. In Situationen, wo unterschiedliche Patientenbedürfnisse im Raum stehen und alle die gleiche moralische Relevanz haben, ist es Aufgabe der Pflege, sich bestmöglich um alle Patientinnen und Patienten zu kümmern, ohne dabei unfair zu sein. Wenn allerdings einige Patientinnen und Patienten weniger Pflege erhalten als andere, dann entsteht ein Gerechtigkeitsproblem. Und wenn Pflegenden nicht in der Lage sind, ihre Verantwortung wahrzunehmen, vergrößert sich die Lücke zwischen moralischen Bedenken auf einem unparteiischen Level von Richtlinien und der individuellen Sorge.<sup>2</sup> An dieser Stelle wird der Zusammenhang von Fürsorge und Gerechtigkeit deutlich. Genau dieses Spannungsfeld von Fürsorge und Gerechtigkeit ist Diskussionsgegenstand in der Care-ethischen Debatte.

Bevor in Kapitel 6 auf die Ökonomisierung im Gesundheitswesen eingegangen wird, dient das Kapitel 5 zur Care-ethischen Debatte als Überleitung, denn die Ökonomisierung im Gesundheitswesen orientiert sich stark an den Werten der Industrialisierung, die in den DRGs und der Rationalisierung im Gesundheitswesen zum Ausdruck kommen. Diese rationalen und unter bestimmten Gesichtspunkten auch gerechten Mechanismen, können jedoch die Werte der Sorge resp. Fürsorge – Grundwerte des Pflegeberufs – nicht ausreichend abbilden und umsetzen. Deshalb wird nachfolgend die Care-ethische Debatte in ihrer Entstehung und ihren Standpunkten skizziert. Zusammengefasst wird in der Care-Ethik, der männlich konnotierten Gerechtigkeit, als Pendant, die weibliche Fürsorge gegenübergestellt. Damit wird dem Aspekt der Fürsorge, die im Pflegeberuf eine herausragende Bedeutung hat, Rechnung getragen und Kontext gegeben.

### 5.1 Die Care-ethische Debatte

Die Care-Ethik, Ethik der Fürsorge oder Fürsorgeethik entwickelte sich in 1980er Jahren aus der Feministischen Ethik<sup>3</sup>. Das Ziel der Moralphilosophinnen war nicht eine geschlechterspezifische Ethik zu propagieren, sondern die Perspektive der Frauen in den moralphilosophischen Diskurs einzubringen. Damit wurde ein Abbau der *„Verzerrungen des Frauenbildes durch die männliche Perspektive in der traditionellen Ethik“* angestrebt (der Mann als verstandeszentriertes Wesen und die Frau als reines Sinnenwesen).<sup>4</sup> Dem Care-Ethik-Ansatz kommt vor dem Hintergrund grosser, anonymer und postindustrieller Gesellschaften eine wichtige Rolle zu, da er die direkten zwischenmenschlichen

---

<sup>2</sup>Nortvedt, Hem & Skirbekk, 2011

<sup>3</sup>„Unter „feministischer Ethik“ versteht man die Auseinandersetzung von Themen der Moral- und Sozialphilosophie aus der Perspektive der Geschlechterdifferenz. Massgeblich ist die Frage, ob die Theorien des Normativen den Geschlechterkontext reflektieren und wieweit nicht eine „männlich“ konnotierte Begrifflichkeit die Aufarbeitung konkreter Problemstellungen bestimmt. Die Debatten um eine feministische Ethik trennen nicht zwischen Fragen der Moral im engeren Sinn und Problemen der Sozialphilosophie.“ (Düwell, Hübenthal & Werner, 2006, 352)

<sup>4</sup>Pieper, 2003

Beziehungen hervorhebt.<sup>5</sup> Die Care-Ethik orientiert sich an der Fürsorglichkeit und Anteilnahme und ist besonders auf Beziehungen ausgerichtet. Düwell et al. (2006) schreiben dazu:

*„Mit der Kasuistik teilt die Care-Ethik die Aufmerksamkeit für die Besonderheiten der Situation; sie behandelt sie aber nicht als Sets von besonderen Umständen (konditionaler Kontextualismus), sondern als Netz von Beziehungen (rationaler Kontextualismus).“<sup>6</sup>*

In ihrer Berücksichtigung der Beziehungen wird in der Care-Ethik das Augenmerk auf Gefühle und Empfindungen gelegt. Damit entspricht sie vermehrt einem ganzheitlichen moralischen Konzept.<sup>7</sup> Beziehungen sind es schliesslich auch, die die moralische Verantwortung und Autonomie der Beteiligten definieren. In der Care-Ethik werden Situationen aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und es wird versucht, sich in die unterschiedlichen Situationen hineinzuversetzen. Ziel ist dabei nicht die Einordnung der Situationen in eine Typologie, sondern in den Beziehungen ist die Sorge für das gute Leben die Sinnperspektive und massgeblich für das Engagement.<sup>8</sup> Damit Ungerechtigkeit und Ungültigkeit verhindert werden können, wird in der Care-Ethik den moralischen Gefühlen grosse Bedeutung beigemessen.<sup>9</sup> Brucker (1990) verweist in ihrem Buch auf Schopenhauer, der davon ausgeht, dass die Beziehungen zu anderen Menschen die Notwendigkeit von Ethik und Moral bedingen und somit die Beziehungsorientierung ihre Notwendigkeit begründet.<sup>10</sup> Auch die Care-Ethik sieht die Beziehungen zu unseren Mitmenschen als Teil des Menschseins und als bedeutsam für die Wahrnehmung unserer Selbst. Sie geht ausserdem davon aus, dass Menschen in einem Netz von Beziehungen leben, das einen essentiellen Schutz für die menschliche Verletzlichkeit darstellt und das Florieren der Menschheit erst ermöglicht hat.<sup>11</sup>

Ausgangspunkt für dieses Ethikkonzept bildet die Kritik der Entwicklungspsychologin Carol Gilligan am Stufenmodell moralischer Entwicklung von Lawrence Kohlberg (1964), in ihrem Buch „Die andere Stimme“ (1984). Das Buch basiert auf der Philosophie von Kant und dem Stufenschema von Piaget<sup>12</sup>.<sup>13</sup> Sie kritisiert an Kohlbergs Untersuchungen, dass bei der Überprüfung der Theorie ausschliesslich männliche Probanden untersucht wurden, weil sein Schema Universalität beansprucht und vor allem Frauen – gemessen mit Kohlbergs Skala – in ihrer moralischen Entwicklung „defizitär“ erscheinen:

*„... stechen vor allem Frauen heraus, deren Urteile dem dritten Stadium sei-*

<sup>5</sup>Mendus, 1993

<sup>6</sup>Düwell, Hübenthal & Werner, 2006, 250

<sup>7</sup>Hiemetzberger, Messner & Dorfmeister, 2013, 59

<sup>8</sup>Düwell, Hübenthal & Werner, 2006, 250

<sup>9</sup>Hiemetzberger, Messner & Dorfmeister, 2013, 59

<sup>10</sup>Buckner, 1990

<sup>11</sup>Nortvedt, Hem & Skirbekk, 2011

<sup>12</sup>„Unter Verwendung von Piagets (1948) Material haben wir gezeigt, dass es beim moralischen Urteil „natürliche“ kulturell universale Trends der Alters-Entwicklung gibt, die kognitiv formal fundiert sind.“ (Kohlberg, 1974, 72)

<sup>13</sup>Hiemetzberger, Messner & Dorfmeister, 2013, 59

nes sechsstufigen Schemas zu entsprechen scheinen. In diesem Stadium wird die Moral in zwischenmenschlichen Begriffen definiert, und Gutsein wird mit Helfen und Anderen-eine-Freude-Machen gleichgesetzt. Diese Konzeption des Guten bestimmt nach Auffassung von Kohlbergs und Kramers (1969) insofern das Leben erwachsener Frauen, als sich dieses im eigenen Heim abspielt. Kohlberg und Kramer implizieren, dass Frauen nur dann, wenn sie die traditionelle Arena männlicher Aktivität betreten, die Unzulänglichkeit dieser moralischen Perspektive erkennen und wie Männer zu höheren Stadien fortschreiten werden, in denen Beziehungen Regeln untergeordnet werden (viertes Stadium) und Regeln universellen Prinzipien der Gerechtigkeit (fünftes und sechstes Stadium).“<sup>14</sup>

Ausserdem kritisiert Gilligan am Kohlbergschen Ansatz, dass er keine Integration anderer Standpunkte zu Ethik und Moral zulässt und damit nicht allen Individuen gerecht wird.<sup>15</sup> Kohlbergs Modell klammert moralische Gefühle und zwischenmenschliche Beziehungen aus und basiert auf den kantschen Begriffen der praktischen Vernunft und den Prinzipien von Recht und Gerechtigkeit. Gilligan hingegen stellt dieser Gerechtigkeitsperspektive die Fürsorgeperspektive gegenüber. Laut Gilligan kann die Fürsorgeperspektive selbst den Bezugsrahmen für moralische Entscheidungen darstellen. Im Rahmen der Gerechtigkeitskonstruktion so Gilligan wird die „Fürsorge zu einer Gnade, die mildert, was Recht ist“.<sup>16</sup>

### Exkurs: Der Fairness-Ansatz bei Lawrence Kohlberg

In der Reflexion über die Entstehung von moralisch-ethischen Strukturen haben unter anderen John Dewey, Emile Durkheim und Jean Piaget das Denken und Forschen von Lawrence Kohlberg beeinflusst. Für eine ausführliche Beschreibung wird auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen (Dewey, 1964 resp. 1984; Durkheim, 1986; Durkheim, 1986a resp. Piaget, 1928; 1986; Piaget, 1976; Piaget, 1954).

Kohlbergs Stufenmodell ist eine Strukturtheorie. Die kognitive Entwicklung in der moralischen Entwicklung versteht Kohlberg als Prozess. Die Strukturveränderung wird durch Stimulation angeregt. Die Stimulierungsprozesse sollten nach Kohlberg universale Werte beinhalten, „ein Fairness-Denken in moralische-ethischen Konfliktsituationen nahelegen, so dass Moralerziehung Gerechtigkeit vermitteln sollte.“ Als universelle Werttendenzen definiert er Leben und den Glauben an Gerechtigkeit. Dabei sind für ihn Empathie und Gerechtigkeit universelle menschliche Dispositionen, die sich in der moralischen Entwicklung zunehmend manifestieren. Auf der Suche nach universellen Werten sieht Kohlberg sie in den Menschenrechten, der Gleichheit, Freiheit und Gerechtigkeit. „Für Kohlberg besteht eine gereifte Moral aus Gerechtigkeitsprinzipien“ (Bruckner, 1990, 73):

---

<sup>14</sup>Gilligan, 1984, 29

<sup>15</sup>Bruckner, 1990, 102

<sup>16</sup>Gilligan, 1991, 86

*„Trotz aller Erwägungen zum Wert des Lebens bemerkt er schliesslich: „Der Wert des Lebens ist jedoch kein gutes Beispiel eines eigenständigen Moralprinzips. Für das gereifte Denken ist der Wert des Lebens, ungeachtet seiner realen überwältigenden Priorität ein Ausdruck für die allgemeineren Moralprinzipien des menschlichen Wohls und insbesondere der Gerechtigkeit.“ Somit ordnet Kohlberg dem Prinzip Gerechtigkeit eine deutliche Vorrangstellung ein. [...] Kohlberg kommt über den Verstand zum Leben, vom Denken zum Sein. Damit stellt er sich in eine wissenschaftliche Tradition, die mit dem Ausspruch von Descartes: „Ich denke, also bin ich“ ihren einschneidenden Anfang genommen hat.“ (Bruckner, 1990, 73)*

Merkmale der Stufen sind: qualitative Verschiedenheit, strukturierte Ganzheit, Sequenzialität, hierarchische Integration, Irreversibilität und Universalitätsanspruch. Ergänzend zu den sechs Stufen des Modells spekuliert Kohlberg über eine 7. Stufe. Diese Stufe ist *„ein Stadium der moralisch-ethischen Entwicklung, wo sich existentielle Verzweiflung in eine Art kosmische Perspektive auflösen scheint, indem sich das Individuum als Teil des Ganzen, des lebendigen Kosmos erfährt und begreift“* (Bruckner, 1990, 59). Seine Theorie überprüfte Kohlberg bei Jungen in den USA, in Taiwan und Mexiko – als Bestätigung der Universalität seiner Theorie (Kohlberg, 1974).

Für die empirische Entwicklung und Überprüfung seiner Theorie verwendete er die Dilemma-Methode. Er stellte den Probanden eine hypothetische Konfliktsituation, für die unser sozio-kulturelles Umfeld keine eindeutige Lösung liefert. Das bekannteste Beispiel ist das Heinz-Dilemma. Aufgrund ihrer Antworten wurden die Probanden anhand einer diagnostischen Inhaltsanalyse einer der sechs Stufen in seinem Modell zugeordnet. Fraglich sind die Zuverlässigkeit und Gültigkeit des Beurteilungsverfahrens. Kritisiert werden beispielsweise auch der hypothetische Charakter der Dilemmata und dass die Interviewfragen eine bestimmte Denkstruktur implizieren. Eine praxisorientierte Integration des Gefühlsbereichs fehlt ebenfalls (Bruckner, 1990).

In ihren Untersuchungen fand Gilligan, dass Frauen in Entscheidungssituationen eher die Beziehungsstrukturen berücksichtigen, während sich Männer auf *„rationale, prinzipiengeleitete Entscheidungshintergründe“* berufen. Sie sieht in der empathischen Herangehensweise ein *„Indiz der Fürsorge“* und beschreibt sie als eine Ethik des Caring, einer an den Idealen der Fürsorglichkeit, Anteilnahme und Aufmerksamkeit orientierte Sicht der Moral.<sup>17</sup> In der Fähigkeit zu Mitgefühl oder zur Übernahme von Verantwortung sieht sie eine beziehungsorientierte Form von Rationalität und Moralität. Für sie ist weder die beziehungsorientierte Form von Moral und Rationalität noch der männliche Zugang zur moralischen Urteilsbildung, der sich an abstrakt-allgemeinen Prinzipien von Recht und Gerechtigkeit orientiert, minderwertig. Sie plädiert jedoch für eine Anpassung der Definition von moralischer Reife.<sup>18</sup> Pieper (2003) fasst diese zusammen als:

<sup>17</sup>Hiemetzberger, Messner & Dorfmeister, 2013, 59f; Pauer-Studer, 2006

<sup>18</sup>Hiemetzberger, Messner & Dorfmeister, 2013, 59f

## 5 Bedeutung der Care-Ethik im ökonomisierten Gesundheitswesen

*„Was bisher als Schwäche der Frauen ausgelegt wurde, erweist ihre eigentliche Stärke im Bereich der Moral: die Fähigkeit, in ihrem Handeln und Urteilen den Standpunkt der jeweils betroffenen Mitmenschen ebenso zu berücksichtigen wie die konkreten lebensweltlichen Verhältnisse.“<sup>19</sup>*

Auch nach Gilligan entwickelt sich die moralische Entwicklung über Stadien. Sie unterscheidet deren drei sowie zwei Übergangsphasen. Im ersten Stadium liegt die Orientierung auf dem individuellen Überleben. In diesem Zusammenhang wird die Moral als Sanktion der Gesellschaft betrachtet. In der ersten Übergangsphase findet eine Veränderung vom Egoismus zur Verantwortlichkeit statt. Die Moral im zweiten Stadium orientiert sich an gemeinsamen Normen und Erwartungen. Das Überleben wird hier als abhängig von anderen betrachtet. Der Übereinstimmung mit anderen kommt deshalb besondere Bedeutung zu. In der zweiten Übergangsphase kommt es zu einer Verlagerung von Gutsein zu Wahrheit. Das bedeutet: *„Die Moralität einer Handlung wird nicht danach eingestuft, was andere dazu sagen werden, sondern danach wie realitätsgerecht sie Absicht und Folgen verknüpft“*. Das dritte Stadium schliesslich wird als *„die Universalität des Nicht-Verletzens“* bezeichnet und fusst in der Erkenntnis, dass man das Selbst als den anderen gleichberechtigt anerkennt.<sup>20</sup>

Tabelle 5.1 zeigt in einer Gegenüberstellung die Hauptunterschiede der Gerechtigkeitsethik und der Care-Ethik:

Tabelle 5.1: Gegenüberstellung der Gerechtigkeitsethik und Care-Ethik (Tabelle in Anlehnung an: Hiemetzberger, Messner & Dorfmeister, 2013, 60 und Gilligan, 1984, 212; Nunner-Winkler, 1991, 13; Gilligan, 1991, 84; Brucker, 1990, 129)

<b>Gerechtigkeitsethik (klassische Ethik)</b>	<b>Fürsorgeethik / Care-Ethik</b>
Rationales Vernunfturteil /analytisch	Einbeziehung bestimmter Gefühle (Bindungsgefühle) wie Empathie, Wohlwollen, Mitleid und Anteilnahme
Autonomes Subjekt; das Selbst hebt sich als moralische Instanz gegen einen Hintergrund sozialer Beziehungen ab (objektbezogen)	Subjekt in Beziehung (Logik von Beziehungen, Verantwortung und Sorge für andere); die Gestalt der Beziehung definiert das Selbst und die Anderen. Das Selbst als moralische Instanz ist darauf eingestellt, Bedürfnisse wahrzunehmen und auf sie zu reagieren (personenbezogen)
Abstrakte, allgemeine Urteile; situationsunabhängig	Konkrete Situation (Erfassen der Situation mit ihrem spezifischen Kontext); kontextsensitiv
Zielorientiert, positionsorientiert, linear	Prozessorientiert, systemorientiert und zyklisch

<sup>19</sup>Pieper, 2003, 296

<sup>20</sup>Bruckner, 1990, 92f

Unpersönlicher, fairnessorientierter und selektiver Urteilsmodus	Persönlicher, beziehungsorientierter und integrativer Urteilsmodus
Prämisse der Gleichberechtigung (alle sollten gleichbehandelt werden); Wertorientierung auf Gerechtigkeit	Prämisse der Gewaltlosigkeit (niemand sollte Schaden erleiden); Wertorientierung auf Leben
Moralkonzept (Verhaltensorientierung) beruht auf Rechte- und Regelorientierung	Moralkonzept (Verhaltensorientierung) beruht auf Anteilnahme / Mitgefühl und Empathie
Ethikkonzept (Prinzipienorientierung) beruht auf Fairness und Gerechtigkeit	Ethikkonzept (Prinzipienorientierung) beruht auf Ethik der Verantwortung

Gilligan veränderte in den 1990er Jahren ihre Theorie leicht und beschreibt sie wie folgt:

*„Mit dem Entwurf eines alternativen Standpunkts möchte ich die moralische Entwicklung aus zwei moralischen Perspektiven rekonstruieren, die in moralisch relevanten Unterschieden der Beziehungsformen begründet sind. Die Gerechtigkeitsperspektive, die man oft mit moralischem Urteilen schlechthin gleichsetzt, wird neu verstanden als eine Art und Weise, moralische Probleme aufzufassen; als alternative Sichtweise oder alternativer Bezugsrahmen wird eine Perspektive der Fürsorge entwickelt. Die Unterscheidung zwischen Gerechtigkeit und Fürsorge als alternative Perspektiven oder moralische Orientierungen ist empirisch auf die Beobachtung gegründet, dass ein Wechsel der Aufmerksamkeitsfokussierung von Gerechtigkeitserwägungen zu Fürsorgeerwägungen die Definition dessen, was ein moralisches Problem konstituiert, verändert und dazu führt, dass die gleiche Situation auf unterschiedliche Weise wahrgenommen wird.“<sup>21</sup>*

Sowohl in Gerechtigkeits- als auch in Fürsorgeurteilen identifiziert Gilligan (1991) abschliessend zwei mögliche Fehlerquellen. In Gerechtigkeitsurteilen sind dies ein latenter Egozentrismus, die eigene Perspektive mit einem objektiven Standpunkt zu verwechseln und Kriterien für andere zu definieren, indem man sich selbst ihrer statt setzt. Bei Fürsorgeurteilen besteht die Gefahr darin, sich selbst zu verlieren, da man die eigenen Kriterien vergisst und man sich als Folge daraus als „selbstlos“ begreift. Grund für diese Fehlerquellen sieht Gilligan darin, dass der Mensch mit Mann gleichgesetzt wird und Fürsorge mit Selbstaufopferung.<sup>22</sup> Hier wird noch einmal der Bezug zu Kant deutlich. In einer orthodoxen Leseart von Kant kann die Ausklammerung der Gefühle in moralischen Urteilen als typisch männliche Eigenschaft verstanden werden. Die Fürsorge wird in diesem Verständnis abgewertet. Doch es gibt auch andere Interpretationen der Theorie Kants', die deutlich machen, dass es keinen Grund gibt, Kants' Moraltheorie als frei von Fürsorge zu verstehen. Die Care-Ethiker sehen Kant als Paradigma für die deontologi-

<sup>21</sup>Gilligan, 1991, 80

<sup>22</sup>Gilligan, 1991, 97

sche Prinzipienethik. Dabei wird der *Kategorische Imperativ* als formales Testkriterium verstanden, das nur abstrakte Situationsgemeinsamkeiten berücksichtigt. Doch ohne Zuhören und seinen Standpunkt mit anderen auszuloten, kann der Kategorische Imperativ nicht angewendet werden. Das zeigt, dass Kant Moral auch als unsere Verantwortung gegenüber anderen versteht. Wie die Care-Ethik anerkennt Kant in den positiven und negativen Pflichten die Bedeutung der Unterschiede zwischen Personen und Situationen. Auch Gefühle sind nach Kant nicht irrelevant. Er sieht jedoch in den Emotionen ein subjektives Risiko. Hier liegt auch eine Schwierigkeit der Care-Ethik, insbesondere wenn die Fürsorge eine psychologische Angelegenheit wird: Entweder empfindet man Mitgefühl mit jemandem oder nicht; und wenn man kein Mitgefühl empfindet, wie kann dann die Care-Ethik moralischen Anspruch an jemanden erheben? Diesem Konflikt versucht die Distanzierung von den eigenen Emotionen vorzubeugen. Wenn wir uns von unseren Emotionen distanzieren, wird man nach Kant frei für moralische „Kalkulationen“. <sup>23</sup>

Obwohl viele Autorinnen und Autoren, die Ergänzung der Fürsorgeperspektive zur Gerechtigkeitsperspektive als wichtig erachten, wurde die Care-Ethik nach Gilligan auch kritisiert. So ist für Nunner-Winkler (1991) die Implikation problematisch, dass die inhaltlichen Moralarientierungen an die Geschlechtszugehörigkeit gekoppelt sind, was die Erklärungsvielfalt für den Erwerb der moralischen Überzeugungen stark eingrenzt. Forschungen konnten jedoch zeigen, dass es eine Vielzahl an Faktoren gibt, die den Einfluss des Geschlechts *„überlagern, neutralisieren, verstärken oder auch umkehren können.“* <sup>24</sup> Nunner-Winkler sieht die beiden Ansätze eher als Teil einer Moral. Sie schreibt dazu, dass die Dimensionen der Rechte und Pflichten immer auch die Frage nach dem Grad der Verbindlichkeit von Pflichten betreffen. <sup>25</sup>

1. Die utilitaristischen Ethiken sprechen den positiven Pflichten den gleichen Rang zu wie negativen Pflichten. Wenn nämlich die Konsequenzen zählen, verliert die Unterscheidung von negativen und positiven Pflichten *„ihre moralische Relevanz“*. <sup>26</sup>
2. *„Allgemeine positive Pflichten sind verbindlich – jedoch stellt ihre Übertretung nicht (wie die negativen Pflichten) „Verschuldung“ dar, sondern ist bloss „moralischer Unwert“.“* <sup>27</sup> Die Care-Ethik konzentriert sich hauptsächlich auf die positiven Pflichten. <sup>28</sup>
3. *„Strikt verbindlich sind nur negative und spezifisch festgelegte oder institutionell definierte positive Pflichten (z.B. übernommene Verpflichtungen erfüllen, in akuter Notsituation Hilfe leisten). Die Erfüllung allgemeiner (weiterer) positiver Pflichten hingegen ist zwar moralisch preiswürdig, aber nicht verbindlich.“* <sup>29</sup>

---

<sup>23</sup>Paley, 2002; Pauer-Studer, 2006

<sup>24</sup>Mendus, 1993

<sup>25</sup>Nunner-Winkler, 1991, 17

<sup>26</sup>Nunner-Winkler, 1991, 14f

<sup>27</sup>Nunner-Winkler, 1991, 14f

<sup>28</sup>Pauer-Studer, 2006

<sup>29</sup>Nunner-Winkler, 1991, 14f

Die Fürsorge in der Pflege zählt zu den positiven Pflichten. Dies wird unter Punkt 3 (oben) deutlich. Im Pflegeberuf ist geboten, in akuten Notsituationen Hilfe zu leisten. Diese und ähnliche Pflichten sind im Gesundheitswesen oftmals institutionell als positive Pflichten verankert.

Weitere Kritik wird an der Forschung Gilligans geübt: Die Zitate aus dem Datenmaterial seien einseitig hypothesenbestätigend und die Transparenz des Datenmaterials mangelhaft, was eine Überprüfung der Schlussfolgerungen beinahe unmöglich macht.<sup>30</sup> Gilligans Buch enthält überdies kein Zahlenmaterial. Problematisch gilt auch ihre Studie zum Erleben einer Abtreibung, da sich die Abtreibung bei Männern nicht in der gleichen Form stellt wie bei Frauen und die emotionale Qualität eine Andere ist.<sup>31</sup> In späteren Studien konnten die Geschlechtsunterschiede weder im Kindes- noch in der Spätadoleszenz oder im Jugendalter bestätigt werden. Auch im Erwachsenenalter zeigen sich die Geschlechtsunterschiede in moralischen Urteilen nur in wenigen Untersuchungen.<sup>32</sup> Ausserdem gibt es Kritik an der Polarisierung von männlich-weiblich. Eine Alternative ist der Vorschlag, neutral von Struktur A und B zu sprechen.<sup>33</sup> Ebenfalls problematisch ist die Romantisierung der Hausfrauenrolle, wobei den vielfältigen Unterschieden in den Lebensentwürfen der Frauen nicht genug Rechnung getragen wird. Dies deshalb, weil wenn Care innerhalb der Familie gefördert würde, die Rolle der Frau als Pflegende noch mehr ausgebaut wird. Wenn jedoch die Fürsorge auf staatlicher Ebene ausgebaut wird, besteht die Gefahr darin, dass sich im Wohlfahrtsstaat die Fürsorge zu einem Anspruch und nicht mehr zu einer Wohltätigkeit entwickelt.<sup>34</sup> Eine weitere Frage, die diskutiert wird, ist, ob die Care-Ethik als eigenständiges Moralkonzept gesehen werden kann oder ob ihr nicht eine Anpassung der klassischen Theorien der Ethik gerecht werden würden.<sup>35</sup>

Trotz der Kritik hat die Care-Ethik viel Forschung angeregt. Die Care-ethische Debatte beschränkt sich auch nicht ausschliesslich auf die feministische Ethik, sondern wird in der Politik oder in einer möglichen Integration von Care und Gerechtigkeit in internationalen Beziehungen sowie im globalen Kontext ebenfalls breit diskutiert.<sup>36</sup> Eine weitere Stärke der Beziehungsorientierung des Care-Ethik-Ansatzes ist, dass Interaktionen zwischen Individuen, in Gruppen und sogar Nationen thematisiert und diskutiert werden können.<sup>37</sup> So fand die Bedeutung der Fürsorge nicht nur im Privatleben, sondern auch in politischen und ökonomischen Debatten Anerkennung. Die Fokussierung auf die Fürsorgeperspektive hat ausserdem neue Einblicke in Lebensentwürfe, generationenübergreifende Beziehungen und die Entwicklung und Veränderungen von Beziehungen ermöglicht. Ausserdem wurde das Bewusstsein gefördert, dass Fürsorge nicht nur eine Konsequenz von Beziehungen ist, sondern diese auch bedingt. Die Reziprozität und Abhängigkeit

---

<sup>30</sup>Nails, 1991

<sup>31</sup>Döbert, 1991

<sup>32</sup>Walker, 1991

<sup>33</sup>Brucker, 1990

<sup>34</sup>Mendus, 1993

<sup>35</sup>Pauer-Studer, 2006

<sup>36</sup>Koggel & Orme, 2010

<sup>37</sup>Pettersen, 2011



von Fürsorgenden und Fürsorgeempfängerinnen resp. -empfängern ist massgeblich für die Qualität einer Fürsorgebeziehung.<sup>38</sup> Denn eine Gefahr von ausserordentlich altruistischer Fürsorge ist, dass die Autonomie, die Integrität sowie die persönliche Entfaltung von Fürsorgenden und Fürsorgeempfängerin resp. -empfänger untergraben werden können. Als Fürsorgende bewegt man sich nicht ausschliesslich in der Privatsphäre, sondern ist Teil der Gesellschaft. Als Teil dieser und vor dem Hintergrund asymmetrischer Beziehungen – speziell auch in der professionalisierten Fürsorge wie in der Pflegearbeit – braucht es Regulationen und Verpflichtungen, damit klar wird, wann die Fürsorgenormen verletzt werden und warum das Umfeld gewisse Prioritäten, die der Fürsorge widersprechen notwendig machen kann.<sup>39</sup> Deshalb wächst auch in der Pflege das Interesse an der Care-Ethik immer mehr. Denn obwohl viele Berufe sich mit der Fürsorge auseinandersetzen, gibt es erst seit Beginn der 2000er Jahre komplexere Forschung dazu.<sup>40</sup> In der Pflegewissenschaft fanden insbesondere die Ansätze von Nel Noddings<sup>41</sup>, Joan Tronto<sup>42</sup> oder Elisabeth Conradi<sup>43</sup> besondere Beachtung, ebenso wie weitere feministisch konnotierte Care-Ethik-Ansätze.<sup>44</sup>

Für Nel Noddings ist die Care-Ethik eine Tugendethik, wobei die väterliche Stimme die Prinzipien und Logik repräsentiert und die weibliche Stimme, die lange Zeit ungehört war, die fürsorgliche Haltung. Sie sieht in der Care-Ethik besondere Bedeutung, da sich Patientinnen und Patienten und Pflegende in einem Beziehungsnetz bewegen.<sup>45</sup> Tronto geht davon aus, dass zwischen Menschen vormanifestierte Beziehungen existieren. Sie spricht im Zusammenhang mit der Care-Ethik von der Entwicklung einer „*habit of care*“. Also eine Pflegende sollte sich fragen, wie sie die fürsorgerische Verantwortung am besten erreicht. Das Model von Tronto unterscheidet vier Phasen des Carings („1. *Caring about*, 2. *Taking care of*, 3. *Caregiving* und 4. *Care receiving*“) und vier Elemente von Care („1. *Attentiveness*, 2. *Responsibility*, 3. *Competence* und 4. *Responsiveness of the care receiver*“).<sup>46</sup> Der Ansatz von Elisabeth Conradi betrachtet Care als zentralen Teil der Pflege. Conradi hat die Absicht, Care einerseits als Praxis aufzuwerten und mit der ethischen Analyse gesellschaftliche Veränderungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Sie versteht Care nicht als eine Einstellung oder Haltung, sondern als interaktive, menschliche Praxis.<sup>47</sup> Care (Fürsorge) ist laut Conradi auch kein Instinkt, sondern eine Fähigkeit, die sozial erworben wird. Für sie ist Care (Fürsorge) auch keine weibliche Tugend oder Charaktereigenschaft, ebenso wenig, wie Frauen immer nur fürsorglich sind.<sup>48</sup> Auch in den Interviews mit den Pflegefachpersonen, die im Rahmen dieser Arbeit geführt wurden,

---

<sup>38</sup>Blazek et al., 2015

<sup>39</sup>Pettersen, 2011

<sup>40</sup>Koggel & Orme, 2010

<sup>41</sup>Kohlen & Kumbruck, 2008

<sup>42</sup>Lachman, 2012

<sup>43</sup>Hiemetzberger, Messner & Dorfmeister, 2013

<sup>44</sup>Kohlen & Kumbruck, 2008

<sup>45</sup>Kohlen & Kumbruck, 2008

<sup>46</sup>Lachman, 2012

<sup>47</sup>Kohlen & Kumbruck, 2008

<sup>48</sup>Hiemetzberger, Messner & Dorfmeister, 2013

spielt die Fürsorge eine wichtige Rolle – die Gerechtigkeit hingegen wird nicht explizit erwähnt. Möglicherweise liegt dies daran, dass „Care“ oder Fürsorge einer der fundamentalsten Werte mit den vielfältigsten sozialen Implikationen ist – da Fürsorge auch dann gegenwärtig ist, wenn beispielsweise keine Gerechtigkeit vorhanden ist. Dennoch lassen sich die Fürsorgehandlungen nicht ausschliesslich mit den Fürsorgewerten begründen. Sie brauchen ebenfalls die Gerechtigkeit. „Care“ oder Fürsorge ist demnach sowohl eine Handlung als auch ein Wert.<sup>49</sup> Dazu schreibt Held (2006):

*„As a practice, it shows us how to respond to needs and why we should. It builds trust and mutual concern and connectedness between persons. It is not a series of individual actions, but a practice that develops, along its appropriate attitudes. It has its attributes and standards that can be described, but more important that can be recommended and that should be continually improved as adequate care comes closer to being good care. Practices of care should express the caring relations that bring persons together, and they should do so in ways that are progressively more morally satisfactory. Caring practices should gradually transform children and others into human beings who are increasingly morally admirable.“<sup>50</sup>*

Sowohl als Wert als auch als Handlung verliert die Fürsorge im ökonomisierten Gesundheitswesen zunehmend an Raum. Damit die Wirkweise der Ökonomisierung im Gesundheitswesen verstanden wird, befasst sich das folgende Kapitel damit und liefert den Kontext für das Fazit der historischen Entwicklung des Pflegeberufs.

---

<sup>49</sup>Held, 2006

<sup>50</sup>Held, 2006, 42



# 6

## Ökonomisierung im Schweizer Gesundheitswesen: Folgen der historischen Entwicklung

Nachfolgend soll die politische Steuerung des Gesundheitswesens betrachtet werden. Um ein Verständnis für die Entwicklungen auf makroökonomischer Ebene zu erlangen, werden einerseits Begrifflichkeiten definiert und andererseits die Ökonomisierung des Gesundheitswesens in der Schweiz erläutert. Ziel ist die Präsentation eines grösseren Kontexts und eines Argumentationsrahmens für den Erhebungsteil dieser Arbeit.

Das Gesundheitswesen der Schweiz – als föderalistisches System, das über die drei staatlichen Ebenen Bund, Kantone und Gemeinden verteilt ist<sup>1</sup> – wird auf der Ebene des Bundes durch den Bundesrat und das Parlament im Rahmen der Schweizerischen Gesundheitspolitik geprägt. Parlament und Bundesrat entwerfen und erlassen Verordnungen und Gesetze.<sup>2</sup> Zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden bestehen parallele und konkurrierende Bundeskompetenzen. Die Kantone sind für die Umsetzung der vom Bund erlassenen Gesetze und Verordnungen verantwortlich. Im Vollzug der Gesetze sind die Kantone autonom. Sie können Gesetze und Verordnungen durch kantonale Ausführungsgesetze ergänzen. Die Aufgaben der Gemeinden sind abhängig von ihrer Grösse. Oftmals werden Aufgaben gemeinsam mit Nachbargemeinden umgesetzt oder an private Vereine weitergegeben.<sup>3</sup> Diese Aufgaben umfassen beispielsweise das Betreiben von Spitälern, Pflegeeinrichtungen oder Spitexdiensten. Gemeinden beteiligen sich mit rund 16% an der öffentlichen Finanzierung des Gesundheitswesens. Über 80% der Beiträge der öffentlichen Hand an das Gesundheitswesen werden von den Kantonen beigesteuert.<sup>4</sup> Die Gesundheitsversorgung ist Aufgabe der Kantone (z.B. Planung und Betreibung von Spitälern und Pflegeheimen, Finanzierung und Subventionierung verschiedener Einrichtungen, Aufsichtsinstanz bei Berufszulassungen und Praxisbewilligungen, Betreiben von Fachhochschulen und Universitäten), dennoch werden viele gesundheitspolitische Entscheide über das Krankenversicherungsgesetz (KVG) auf Bundesebene gefällt. Das führt

---

<sup>1</sup>BAG, 2005

<sup>2</sup>Ausführliche Informationen zu den Aufgaben der einzelnen Bundesämter sind der Webseite des Bundes zu entnehmen: [www.admin.ch](http://www.admin.ch)

<sup>3</sup>BAG, 2005

<sup>4</sup>Sax, 2008

zu Unklarheiten in der Kompetenzverteilung zwischen den einzelnen Akteuren und Ebenen im Gesundheitswesen, sowie längerfristig zu Problemen der Qualitätssicherung und Kostenkontrolle.<sup>5</sup>

*„Kaum eine andere Branche ist einer so hohen Gesetzes- und Regulierungsdichte unterworfen. Die Betriebe und Berufsausübung sind mit vielen Auflagen und Restriktionen belegt.“<sup>6</sup>*

Das Schweizerische Gesundheitswesen umfasst sowohl politische als auch marktwirtschaftliche (z.B. der Wettbewerb unter den Krankenversicherern) Bestandteile.<sup>7</sup> Im KVG in Art. 32<sup>8</sup> und 56 werden drei Kriterien genannt<sup>9</sup>, die Ärztinnen und Ärzte einhalten müssen, damit die Leistungen von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) bezahlt werden: Wirksamkeit<sup>10</sup>, Zweckmässigkeit<sup>11</sup> und Wirtschaftlichkeit<sup>12</sup>.

Nebst den komplexen Herausforderungen in der Ausgestaltung des Gesundheitswesens steht die Politik spätestens seit den, in den 1990er Jahren stattfindenden Ökonomisierungsprozessen neuen Aufgaben gegenüber<sup>13</sup> – ausgelöst durch eine explosive Kostenentwicklung. In den frühen 90er-Jahren erlebte das Schweizerische Gesundheitswesen eine Periode enormen Ausgabenwachstums resp. die Kosten des Gesundheitswesens stiegen schneller als das Bruttoinlandprodukt (BIP) – dies betrifft nicht nur die Schweiz.<sup>14</sup> Von 1990 bis 1994 stiegen die Ausgaben um 52%.<sup>15</sup> Die Ökonomisierung zeichnet sich auch dadurch aus, dass Strategien zur Effizienzsteigerung in Institutionen eingesetzt werden, die in ihrer Natur nicht durch ökonomische Denkprozesse organisiert waren. Rational ist eine verbesserte Effektivität von Handlungsabläufen und Prozessen durchaus legitim, denn dies resultiert in einer verbesserten Versorgung. Problematisch ist allerdings, dass sich die Ökonomisierungsprozesse auf die *„zeitliche Verknappung der Interaktion*

---

<sup>5</sup>Für eine detaillierte Analyse und Beschreibung des Schweizerischen Gesundheitswesens wird auf die einschlägige Literatur verwiesen, wie zum Beispiel: SAMW, 2007; Widmer, 2010; Rosenbrock & Gerlinger, 2014; Oggier, 2015

<sup>6</sup>Winkler, 2015

<sup>7</sup>Sax, 2008

<sup>8</sup>„Die Leistungen nach den Artikeln 25–31 müssen wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich sein. Die Wirksamkeit muss nach wissenschaftlichen Methoden nachgewiesen sein.“ (Art. 32 Abs. 1 KVG)

<sup>9</sup>Im Artikel von Madörin (2014) werden die drei Kriterien und die Wirtschaftlichkeit im Speziellen kontrovers diskutiert.

<sup>10</sup>„Von Wirksamkeit ist die Rede, wenn die Behandlung einer Krankheit das vorgegebene Behandlungsziel erreicht. Inwiefern dies der Fall ist, muss wissenschaftlich belegt werden. [...] Was immer der Arzt entscheidet – die Diagnose bzw. Behandlung ist krankenkassenpflichtig, falls es im Gesetz nicht anders vorgesehen ist.“ (Madörin, 2014, 38)

<sup>11</sup>„Der Begriff Zweckmässigkeit ist vage. Es geht um die Auswahl zwischen verschiedenen Behandlungsvarianten im Einzelfall, je nach gesundheitlicher Situation eines Patienten (geringeres Behandlungsrisiko, weniger Komplikationen)“ (Madörin, 2014, 38)

<sup>12</sup>„Mit dem Kriterium der Wirtschaftlichkeit soll die Leistungspflicht der OKP auf die Leistungen begrenzt werden, die kostengünstig und nötig sind. Zugleich ermöglicht es Kranken ein Anrecht auf teure Behandlungen, wenn es an günstigeren Alternativen fehlt.“ (Madörin, 2014, 38)

<sup>13</sup>Auth, 2012

<sup>14</sup>Madörin, 2014

<sup>15</sup>Beck, 2000

zwischen Patienten und Pflegepersonal und Ärzten und damit auf elementare Bedingungen gelingender medizinischer Sorge“ ausgerichtet sind.<sup>16</sup> Drei Hauptursachen für den Kostenanstieg waren nach einer Umfrage von Kocher (2011) für diesen Anstieg verantwortlich:

- der „Medizinisch-technische Fortschritt/Innovation“ (86.2%),
- die „Alterung/steigende Lebenserwartung/demographische Entwicklung“ (83.1%),
- die „Ansprüche/Anspruchshaltung/Erwartungen der Bevölkerung“ (36.9%)<sup>17</sup>

Um diesem Anstieg Gegengewicht zu geben, wurden vermehrt Markt und Wettbewerb<sup>18</sup> als Steuerungsmechanismen eingesetzt.<sup>19</sup> Mit diesen Regulationsinstrumenten sollte, nebst den technologischen Entwicklungen in der Medizin, auch den demografischen Veränderungen Rechnung getragen werden.<sup>20</sup>

Heute werden Debatten hauptsächlich dahingehend geführt, dass das Gesundheitswesen zu teuer und zu wenig wirtschaftlich ist. Mit den hohen Kosten sind in der Regel die wachsenden Sozialausgaben gemeint. Doch im internationalen Vergleich sind die Gesundheitskosten und die Sozialausgaben für das Schweizer Gesundheitswesen nicht „*exorbitant hoch*“. Laut dem Bundesamt für Statistik kommen „*auf jede in der Schweiz wohnhafte Person Gesundheitskosten von 661 Franken pro Monat. Die insgesamt 62,5 Milliarden Franken pro Jahr entsprachen 10,9% des Bruttoinlandprodukts. [...] Österreich, Deutschland, Frankreich, die Niederlande und Kanada haben höhere Gesundheitsausgaben, und der Spitzenreiter USA zahlt gar 17,6% des Bruttoinlandprodukts. Zugleich ist die Lebenserwartung in der Schweiz mit 81,7 Jahren die zweithöchste, nach Japan mit 82,4 Jahren. Und das schweizerische Gesundheitswesen ist ein stark wachsender Wirtschaftszweig, es beschäftigt rund 600'000 Menschen, also etwa jeden achten Erwerbstätigen.*“<sup>21</sup>

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) sieht als Hauptgrund für die hohen Gesundheitskosten „*eine ungenügende Steuerung der Leistungsmenge*“. Der Ruf wird laut nach neuen Regulierungen und Steuerungen durch Geldflüsse. Diese sollen mehr Wirtschaftlichkeit durch einen intensivierten Kostenwettbewerb sicherstellen. Fraglich ist jedoch, ob mehr Markt und Wettbewerb zur Lösung der Probleme beitragen können, denn auch stärker marktwirtschaftlich regulierte Gesundheitswesen, wie das der USA mit dem meisten Wettbewerb und Markt, kämpfen mit Kostenproblemen. In allen wirtschaftlich weit entwickelten Ländern werden die Gesundheitsausgaben als problematisch erachtet. Offen

---

<sup>16</sup>Karsch, 2015, 133f

<sup>17</sup>Kocher, 2011

<sup>18</sup>„Der Wettbewerb ist ein Ordnungsprinzip auf dem Gebiet der Marktwirtschaft, aber er ist kein Prinzip, auf dem man die ganze Gesellschaft aufbauen könnte.“ (Foucault, 2006b, 335)

<sup>19</sup>„Das Wesen des Marktes besteht im Wettbewerb.“ Darin gründet die Theorie der Neoliberalen und führte im 20. Jahrhundert zur Vorstellung: „Da der Markt nur durch freien und vollständigen Wettbewerb funktionieren kann, muss der Staat davon Abstand nehmen, den Zustand des Wettbewerbs zu verändern [...]“ (Foucault, 2006b, 171)

<sup>20</sup>Böhlke et al., 2009

<sup>21</sup>Amrhein, 2013

bleibt die Frage, ob die Kosten des Gesundheitswesens als zu hoch angesehen werden, weil die Leistungen zu teuer und nicht unbedingt notwendig sind, oder weil die Leistungen zu teuer sind im Vergleich zum Behandlungserfolg.<sup>22</sup> Mit einer Marktlösung wird der Gesundheitsmarkt stärker am Individuum ausgerichtet. Die Konsumentenautonomie wächst, wenn jeder nur die Leistungen bezieht, die er oder sie gerne möchte. Allerdings wird die Marktübersicht von Schwerkranken aufgrund der starken Abhängigkeit eingeschränkt und die Unterschiede in der Versorgung zwischen Arm und Reich werden noch grösser. Chronischkranke und pflegebedürftige Menschen werden stärker ausgegrenzt und diskriminiert.<sup>23</sup> Michael Sandel (2012) bringt das Problem einer Ungleichheit in der Gesellschaft auf den Punkt:

*„In einer Gesellschaft, in der alles käuflich ist, haben es Menschen mit bescheidenen Mitteln schwerer [...] Doch weil man mit Geld mittlerweile immer mehr kaufen kann – etwa politischen Einfluss, gute medizinische Versorgung [...] wird die Verteilung von Einkommen und Reichtum<sup>24</sup> zu einem immer bedeutsameren Faktor.“*

Problematisch ist, „[...] dass Märkte nicht nur Güter zuteilen, sondern auch bestimmte Einstellungen gegenüber den gehandelten Gütern ausdrücken und diese vermarkten.“<sup>25</sup> Das heisst jedoch nicht, „dass die Diskussion über Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen unzulässig wäre. Der medizinische Fortschritt, die demographische Entwicklung und die steigenden Erwartungen an die Qualität der Gesundheitsversorgung werden auch in Zukunft zu einer Steigung der Gesundheitsausgaben führen. Das zwingt zu einem ökonomischen (effizienten) Umgang mit knappen Mitteln.“<sup>26</sup>

Seit 1996 das Krankenversicherungsgesetz (KVG) in Kraft getreten ist, werden nicht länger die Spitalbetriebskosten finanziert, sondern die erbrachten Leistungen. Madörin (2014) schreibt dazu:

*„Die angestrebte Ökonomisierung besteht nun problematischerweise darin, dass der montäre Wert einer Leistung gegenüber ihrem medizinischen oder pflegerischen Wert (bzw. ihrer Wirkung) deutlich an Bedeutung gewinnt.“*

Die Regulierung findet nach Madörin (2014) über zwei Arten statt, einerseits durch die Regelung, welche Leistungen von Staat und Krankenkassen obligatorisch bezahlt werden und andererseits durch die Systeme der Leistungsabgeltung, die definieren, was als Leistung gilt und wie hoch diese entgolten werden.<sup>27</sup>

---

<sup>22</sup>Madörin, 2014

<sup>23</sup>Zimmermann-Acklin, 2007, 65

<sup>24</sup>Im 16. Jahrhundert galt Reichtum als „ein Zeichen der willkürlichen Auserwähltheit eines Individuums durch Gott. [...] Davon, dass Gott diesem Individuum seinen Schutz gewährt hatte [...]“. Im 20. Jahrhundert ist der Reichtum nicht mehr ein Zeichen für die Auserwähltheit durch Gott, sondern die Bereicherung der Gesamtheit. Sie ist das Zeichen der Zustimmung der Individuen zum Staat. (Foucault, 2006b, 125)

<sup>25</sup>Sandel, 2012

<sup>26</sup>Cueni, 2007, 118f

<sup>27</sup>Madörin, 2014

Michel Foucault (2011) meint dazu:

*„Man müsste eine Medizin konzipieren, die in ausreichendem Masse mit dem Staat verbunden ist, damit sie zusammen mit ihm eine konstante und allgemeine, aber differenzierte Fürsorgepolitik verwirklichen kann.“*<sup>28</sup>

Seit dem 1.1.2012 sind die Fallpauschalen (*DRG: Diagnosis Related Groups*) in Kraft. Um mehr Effizienz im Gesundheitswesen zu erreichen, entwickelten Wirtschaftsingenieure in Analogie zum Produktionsprozess in der Autoindustrie das DRG-System. Die Komplexität der Arbeit in den Spitälern wurde durch die Einteilung in Kategorien zu reduzieren versucht, um die Ressourcen und ihre Verwendung in Spitälern besser kontrollieren und einteilen zu können. Dabei entspricht eine standardisierte Leistung einer bestimmten Behandlung, die mit einer Diagnose verbunden ist. Patientinnen und Patienten werden nach zwei Kriterien klassifiziert: *„Aufgrund der Komponenten des Ressourcenverbrauchs (Anzahl Pflgetage usw.) und aufgrund der Art der Erkrankung.“* Es ist daher so, dass die Behandlungskosten in Produktpreise verwandelt wurden:

*„Aus den Kosten ist ein Preis und aus dem Preis ein Ertrag geworden, den die Spitäler von nun an als Einnahme aus dem Verkauf von Behandlungen verbuchen können.“*<sup>29</sup>

Die Schwierigkeit ist allerdings, dass die Gesundheit kein Gut wie andere ist. Das Leben hat nämlich einen Wert, aber keinen Preis:

*„Wie Frieden, Freiheit, Sicherheit und das Leben selbst ist Gesundheit ein transzendentes oder ein konditionales Gut. Von derartigen Gütern gilt allgemein, dass sie nicht alles sind, aber ohne sie alles nichts ist.“*<sup>30</sup>

Für die Bevölkerung besteht auch keinen Anspruch auf maximale Gesundheitsversorgung. Doch die Menschen wollen bei Krankheit ihre Gesundheit schnellstmöglich wieder erlangen, damit sie wieder ein vollleistungsfähiges Mitglied der Gesellschaft werden.<sup>31</sup>

Weil bei den Fallpauschalen in Geldgrößen gerechnet wird, können Leistungen und die Gesundheitswesen verschiedener Länder miteinander verglichen werden. Doch der Wettbewerb, der durch die Einführung des DRG-Systems geschaffen werden sollte, findet nicht über Markt und Marktpreise statt. Dies führt nicht zu mehr Effizienz, sondern zu dysfunktionalen Leistungsanreizen:<sup>32</sup>

*„Oft werden Patienten erst beim Arzt krank. Der Grund dafür liegt im System: Patienten neigen dazu, im Zweifel lieber eine unnötige als gar keine Leistung zu beanspruchen, denn sie wollen ja für ihre bereits gezahlten Versicherungsbeiträge etwas bekommen. Und die Ärzte verdienen umso mehr, je*

---

<sup>28</sup>Foucault, 2011, 37

<sup>29</sup>Kersting, 2007, 30ff

<sup>30</sup>Kersting, 2007, 30ff

<sup>31</sup>Kersting, 2007, 30ff

<sup>32</sup>Madörin, 2014



*mehr Patienten sie behandeln; dafür sorgen unter anderem [...] die schweizweit eingeführten Fallpauschalen. „Viele Krankenhäuser geben ihren Angestellten vertraglich ein gewisses Umsatzwachstum vor [...] Wenn ich als Kniechirurg am Jahresende mein Soll an zu operierenden Patienten nicht erfüllt habe, und Sie kommen zu mir mit ein bisschen Knieweh, können Sie sich vorstellen, was passiert.“<sup>33</sup>*

Der finanzielle Spielraum wurde durch die Einführung der Fallpauschalen kleiner und Prozessoptimierungen notwendig. Die DRG-Finanzierung führte in vielen Ländern zu kürzeren Spitalaufenthalten. Die Aufenthaltsdauer hat sich verkürzt, obwohl die Patientenprofile komplexer wurden und die Diagnostik und Behandlung zunahmen.<sup>34</sup> Diese Verkürzung wird jedoch durch eine Verlagerung der Pflege in den ambulanten oder in den Langzeitbereich bedingt.<sup>35</sup> Diese Verschiebung beobachtet auch die Ärzteschaft: 33% der akutsomatischen Ärztinnen und Ärzte stellen fest, *„dass versucht wird, chronisch kranke und multimorbide Patienten in anderen Einrichtungen unterzubringen.“* Zunehmend wird die Entscheidung, ob eine Behandlung spitalambulant oder stationär durchgeführt wird, aus nicht-medizinischen Gründen entschieden.<sup>36</sup> Die Akutspitäler entlassen Patientinnen und Patienten in einem schlechteren Gesundheitszustand als früher.<sup>37</sup> Bisher konnten aufgrund der Verlagerung vom stationären in den ambulanten Bereich 60 Millionen Franken jährlich gespart werden. Berücksichtigt man auch die Summe für die ambulanten Leistungen ergibt sich eine Einsparung von 9 Millionen Franken. Durch die SwissDRG erwarten Gesundheitsökonominnen und -ökonominnen mittel- und langfristig weitere Effizienzgewinne von rund 1.05 Milliarden Franken pro Jahr.<sup>38</sup> Mit der Einführung der Fallpauschalen kam es jedoch zu einer Verschlechterung der Arbeitsumgebung in der Pflege, da Personal und Pflegeleistungen abgebaut wurden.<sup>39</sup>

*„Ökonomischem Kalkül zufolge sind Effizienz und Profit am besten bei hochgradiger Arbeitsteilung in perfekt durchorganisierten Arbeitsabläufen zu gewährleisten, in denen alle Reibungsverluste minimiert werden. Solche technische Rationalität bringt aber gerade die Motivation und die Bereitschaft, gut und hart zu arbeiten, auf den Nullpunkt. Die in Funktionspartikel zerstückelte Arbeit unterbindet die Beziehung der Arbeitenden zu ihrer Arbeit systematisch.“<sup>40</sup>*

Da die DRGs schweizweit in Kraft sind, haben die Kantone und Krankenkassen Möglichkeiten, den Wettbewerb zwischen Spitälern zu intensivieren.<sup>41</sup> Für eine ausführliche und eindruckliche Analyse des Kostendrucks im Gesundheitswesen und Erläuterungen zu den

---

<sup>33</sup> Amrhein, 2013

<sup>34</sup> Rettke et al., 2015

<sup>35</sup> Kleinknecht-Dolf et al., 2015

<sup>36</sup> Meyer, Golder & Longchamp, 2014

<sup>37</sup> Rettke et al., 2015

<sup>38</sup> Felder & Lobsiger, 2014

<sup>39</sup> Kleinknecht-Dolf et al., 2015

<sup>40</sup> Gronemeyer, 2012, 138f

<sup>41</sup> Madörin, 2014

Finanzierungsregimes im schweizerischen Gesundheitswesen wird an dieser Stelle auf die Publikation von Mascha Madörin (2014) verwiesen. Die Studie diskutiert Gründe für die Kostenexplosion im Gesundheitswesen fundiert und plausibel aus volkswirtschaftlicher Perspektive und stellt Überlegungen zur Um- und Auslagerung von Behandlungs- und Pflegekosten an.

Madörin (2014) erklärt die sogenannte Kostenkrankheit in Anlehnung an Baumol (2012) wie folgt:

*„Das ökonomische Problem der Kostenkrankheit des Gesundheitswesens oder anderer „stagnierender“ Wirtschaftszweige ist laut Baumol eigentlich gar keines: Es reflektiert eine Erfolgsstory der Industrialisierung, des technischen Fortschritts, der in der Güterproduktion oder in anderen Branchen zu steigender Arbeitsproduktivität führt (Baumol spricht von „progressiven“ Wirtschaftszweigen). Baumols Argument lautet verkürzt dargestellt so: In der Industrie erlaubt es der technische Fortschritt, den Arbeitsaufwand durch den Einsatz von Maschinen massiv zu senken. Dadurch werden die Arbeitskosten stark gesenkt, auch wenn höhere Löhne bezahlt werden. [...] Wenn jedoch ein Spital beispielsweise ein MRI-Gerät anschafft, dann stellt dies zwar einen technischen Fortschritt für die Diagnose dar, aber damit wird der Aufwand der Behandlung von Kranken nicht oder kaum verkleinert. Im Gegenteil, zur Bedienung des MRI-Geräts braucht es Personal. [...] Im Fall von personenbezogenen Dienstleistungen ist die ökonomische Dynamik bei wachsendem technischen Fortschritt eine andere: Sie werden vergleichsweise [...] immer teurer. [...] Kosten eindämmen im Gesundheitswesen bedeutet also im Wesentlichen Arbeitskosten sparen, weil sie einen grossen Teil der Gesamtkosten ausmachen [...].“*<sup>42</sup>

Eine Standardisierung – wie sie das DRG-System darstellt – soll helfen, die Kosten im Gesundheitswesen zu kontrollieren.<sup>43</sup> Die Thematik wird in Anlehnung an Madörin (2014) an einem Beispiel ausgeführt. Im Gegensatz zur Autoindustrie, an deren Fertigungsprozessen sich das DRG-System orientiert, sind sowohl „Problemstellung“, „Problembearbeitung“ als auch „Problemlösung“ im Gesundheitswesen naturgemäss in hohem Masse variabel. Bei der Herstellung von Autoteilen ist das Produkt – also das Resultat – uniform. Die Autos einer Produktlinie unterscheiden sich weder in ihrer Herstellung noch in ihrem Resultat. Ganz anders ist die Behandlung von Patientinnen und Patienten. Sie sind in ihren Anliegen (Krankheiten) sehr heterogen und auch die Behandlung gestaltet sich vielfältig. Eine spezielle Herausforderung ist, dass eine Behandlung unter Umständen ergebnisoffen ist. Das Ergebnis ist stark abhängig von Möglichkeiten und Erfolgswahrscheinlichkeiten. So unterscheiden sich Patientinnen und Patienten unter anderem hinsichtlich Krankheit, Alter, Geschlecht, körperlichen Voraussetzungen und Verfassung – diese Komponenten fliessen in die Berechnung der SwissDRG ein, beruhen jedoch

---

<sup>42</sup>Madörin, 2014, 16f

<sup>43</sup>Madörin, 2014

auf Erfahrungswerten. Wenn bei der Produktion eines Autos zwei Teile zusammengefügt werden, bewegt sich die Abweichung im Millimeterbereich. Bei einem Beinbruch beispielsweise ist die mögliche Abweichung oder die sogenannte Varianz um ein Vielfaches grösser: Die Patientinnen und Patienten sind sehr unterschiedlich. Als Konsequenz daraus unterscheiden sich auch Heilungsverlauf und Ergebnis. Offen bleibt als weitere Herausforderung, was das Ergebnis ist und wer das Ergebnis als erfolgreich bewertet? Ist die Behandlung erfolgreich, wenn aus medizinischer Sicht das bestmögliche Resultat erreicht wurde oder wenn die Patientin bzw. der Patient mit dem Resultat zufrieden ist? Schon in diesem relativ einfachen Fall ist die Varianz gross. Sie wächst mit zunehmender Komplexität der Krankheit. Ein weiterer Unterschied zur Autoindustrie besteht darin, dass ein Auto in einer maschinellen Fertigung produziert wird, wohingegen die medizinische Behandlung und Pflege im Gesundheitswesen von Menschen durchgeführt werden. Ein weiterer Faktor für eine erhöhte Variabilität. Die Behandlung von Patientinnen und Patienten lässt sich eher mit der Landwirtschaft vergleichen als mit einer industriellen Fertigung. Die Ernte von Mais beispielsweise wird für das aktuelle Jahr aufgrund von Erfahrungswerten geschätzt. Hagelt es oder kommt es zu einem Schädlingsbefall sehen die Zahlen völlig anders aus. Die Dauer einer Behandlung lässt sich aufgrund von Erfahrungswerten schätzen, aber abhängig von der individuellen Disposition kann sie länger dauern. Die Landwirtschaft versucht mittels einer Internalisierung von externen Effekten damit umzugehen. Das bedeutet, dass versucht wird, Kosten, die durch äussere Umstände wie zum Beispiel Hagelschäden entstehen, in die Kostenrechnung einzubeziehen. Das DRG-System versucht dies mittels der Erfassung von Alter, Geschlecht, Schweregrad der Krankheit etc. zu erfassen und mittels Kategorisierungen zu standardisieren. Damit werden jedoch lediglich naturgemäss komplexe und maximaldivergierende Komponenten künstlich vereinheitlicht – sprich klassifiziert. Damit ist die Diversität nicht behoben, sondern es wurde lediglich eine Struktur für die Abrechnung geschaffen. In der Behandlung und Therapie bleibt die Diversität erhalten. Die Herausforderung besteht nun für die Spitäler darin, die Organisationsstrukturen und -prozesse so zu gestalten, dass sie möglichst effizient sind. Dies wäre per se nicht negativ, im Gegenteil, klare Strukturen und durchgängige Prozesse sind in einem komplexen Gefüge wie einem Spital hilfreich und kostensparend. Hier soll nochmals der Gedanke von Madörin (2014) aufgegriffen werden, dass bei der Kosteneinsparung hauptsächlich die Personalkosten eingespart werden müssten. Dies scheint wie erwähnt nicht realistisch, da sich die Behandlungs- und Betreuungszeit bei Patientinnen und Patienten nicht in gleichem Masse wie die industriellen Produktionszeiten durch den wirtschaftlichen Fortschritt reduzieren lassen. In einer Gesellschaft, wo der technische Fortschritt zu Zeiteinsparungen führt und die Zeit als knappes Gut immer wertvoller wird, wird auch Arbeit, die noch einzig vom Menschen erbracht werden kann<sup>44</sup> und zeitintensiv ist, wertvoller und nicht billiger. Die Studie von Madörin (2014) zeigt, dass die Pflegekosten nicht die Kostentreiber sind, denn von 2000

<sup>44</sup>In der Care-Arbeit: „Es geht um menschliche Grundbedürfnisse und damit um eine moralische Dimension des Sich-Kümmerns um das Wohlergehen anderer Menschen. [...] Care-Arbeit ist eine personenbezogene Dienstleistung, die ohne die Anwesenheit der Menschen, welche die Leistungen beziehen, nicht möglich ist.“ (Madörin, 2014, 72)

bis 2009 hat die Anzahl stationärer Pflgetage um 10% abgenommen, obwohl die Hospitalisierungen zugenommen haben. Dies bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten weniger lang im Spital sind, die Pflege jedoch an einem Pflgetag mehr leisten muss. Die Lohnsumme hat bei der Pflege im Vergleich zur Lohnsumme der Ärztinnen und Ärzte weniger zugenommen. Doch weshalb äussert sich der Kostendruck zu Lasten der Pflege? In Diagnosegruppen, wo die Pflegekosten einen hohen Anteil an den Gesamtkosten ausmachen, fällt der Druck besonders hoch aus, da die Pflegekosten als „Kosten von Zwischenprodukten der Behandlung“ verrechnet werden. Dazu zählen auch Medikamente oder Verbandsmaterial. „Pflegeleistungen, die über die medizinische Pflege hinausgehen (z.B. Betreuung), finden zu wenig Eingang in die Kostenrechnung.“<sup>45</sup> Nicht nur Pflegeleistungen sind in den Berechnungen als Aufwand enthalten. Weitere Herausforderungen für das DRG-System sind ausserdem massive Kostenerhöhungen und -verschiebungen, die Gefahr von Komplikationen oder die administrativen Kosten durch den zusätzlichen Dokumentationsaufwand.<sup>46</sup>

Der Erfassung der Pflegekosten im DRG-System nehmen sich die Schweizerische Vereinigung der Pflegedienstleisterinnen und Pflegedienstleister (SVPL) und der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) an. Sie haben das Projekt „NursingDRG“ ins Leben gerufen. Das Projekt ist bis Ende 2016 geplant und wurde 2015 auf der Webseite [www.nursingdrg.ch](http://www.nursingdrg.ch) aufgeschaltet. Wichtig ist ihnen die Abbildung der Pflegekosten im DRG-System aus den folgenden Gründen:

*„Die Pflege bei der Behandlung stationärer Patienten macht rund 35 bis 40 Prozent der Kosten aus. Angesichts dieses Anteils ist es doch wichtig zu wissen, wie und warum diese Kosten zustande kommen und ob die Leistungen gerecht im System abgebildet sind. Zwar ist der Pflegeaufwand in den medizinischen Diagnosen und Prozeduren miteingeschlossen, durch die die Höhe der Fallpauschalen bestimmt werden, doch gibt es Patienten, die einen deutlich höheren Pflegeaufwand haben. Dieser hat aber nicht unbedingt etwas mit der Diagnose zu tun, mit der der Patient ins Spital eingeliefert wurde.“<sup>47</sup>*

Um die veränderten Einflussmöglichkeiten und -instrumente von Politik und Ökonomie zu verdeutlichen und das dadurch entstehende Spannungsverhältnis aufzuzeigen, wird nachfolgend auf die veränderte Rolle des Nationalstaats im Kontext der Globalisierung eingegangen. Zudem wird die Bedeutung der Ökonomisierung für den Pflegeberuf im kommenden Kapitel dargelegt. Die veränderte Rolle des Nationalstaats wird in dieser Arbeit als Erklärungsansatz für die Ökonomisierung im Schweizerischen Gesundheitswesen verwendet.

---

<sup>45</sup>Madörin, 2014, 62

<sup>46</sup>Madörin, 2014

<sup>47</sup>Djelid, 2015, 4

## 6.1 Warum wird heute der Ökonomie im Gesundheitswesen so viel Bedeutung beigemessen?

Gemeinsam mit der Bildung und der sozialen Wohlfahrt bildet das Gesundheitswesen die drei Säulen der Sozialpolitik. Im Wohlfahrtsartikel der Schweizer Bundesverfassung ist festgehalten, dass der Bund und die Kantone „*die Interessen der Schweizerischen Gesamtwirtschaft*“ wahren und „*und mit der privaten Wirtschaft zur Wohlfahrt und zur wirtschaftlichen Sicherheit*“ beitragen.<sup>48</sup>

In der Schweiz steht die Sozialpolitik unter einem wachsenden Kostendruck. Der Staat versucht, die steigenden Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Diese gehen Hand in Hand mit den Ansprüchen der Bevölkerung an einen hohen Versorgungsstandard im Gesundheitswesen, dem medizinisch-technischen Fortschritt und den demographischen Entwicklungen. Damit die Ansprüche der Gesellschaft und der medizinisch-technische Fortschritt gewährleistet werden können, sind multinationaltätige Unternehmen wie Pharmaunternehmen oder internationale Krankenhausketten wichtige Akteure. Sie generieren einerseits finanzielle Ressourcen für Forschung und Entwicklung und sichern andererseits die Wettbewerbsfähigkeit der Schweiz im globalen Gesundheitsmarkt, was der Befriedigung der Anspruchshaltung zuträglich ist.

Wenn die Schweiz sowohl einen hohen Versorgungsstandard sicherstellen und gleichzeitig ein Wohlfahrtsstaat bleiben möchte, braucht es multinationale Unternehmen. Damit müssen jedoch marktwirtschaftliche Steuerungsmechanismen im Gesundheitswesen zugelassen werden. Denn neben den Vorteilen eines starken Wirtschaftsstandortes, importiert man zugleich die vorherrschenden Rahmenbedingungen im globalen Gesundheitsmarkt. Eine Herausforderung für den Staat besteht darin, die Marktwirtschaft als Werkzeug einzusetzen und nicht zu einer Marktgesellschaft zu werden.<sup>49</sup>

Dies verdeutlicht die Ideologie des *Neoliberalismus*, die den Staat als ineffizient in Bezug auf die Kosten und die Konsumentenfreundlichkeit erachtet. Der Neoliberalismus richtet sich am Globalismus aus – der „*Auffassung, dass der Weltmarkt politisches Handeln verdrängt oder ersetzt*“ und es zu einer Liquidation der Grunddifferenz von Politik und Wirtschaft kommt.<sup>50</sup>

Im Neoliberalismus wird die Gesundheit als ein privates und kein öffentliches Gut angesehen. Deshalb wird für nicht regulierte Märkte plädiert. Die Regierung hätte somit limitierte Mittel zu Verfügung, die Effekte der Marktkräfte auf das Gesundheitswesen zu steuern und zu regulieren.<sup>51</sup> Foucault (2006b) schreibt zur Frage, was nach Vorstellung der Vertreterinnen und Vertreter des Liberalismus die Aufgabe der Regierung gegenüber dem Prinzip des Marktes war:

---

<sup>48</sup>Carigiet & Grob, 2007, 297

<sup>49</sup>Beck, 1997; McGregor, 2001

<sup>50</sup>Beck, 1997; McGregor, 2001

<sup>51</sup>McGregor, 2001; Beach, 2010

## 6.1 Warum wird heute der Ökonomie im Gesundheitswesen so viel Bedeutung beigemessen?

*„Sie bestand in der Organisation einer Gesellschaft, in der Einrichtung einer Gesellschaftspolitik, die so sein sollte, dass die empfindlichen Mechanismen des Wettbewerbs sich völlig unbehindert und gemäss ihrer eigenen Struktur auswirken können.“<sup>52</sup>*

Die Regierung orientierte sich an der Verfassung des Marktes. Für den Staat bedeutete das, dass er eine andere Art Macht ausüben musste, als die bisherige politische Macht.<sup>53</sup>

Es ist wichtig, den Begriff Neoliberalismus an dieser Stelle kurz zu erklären. Neoliberalismus setzt sich zusammen aus den Wortteilen „*neo*“ also neu und „*liberal*“, was meint frei von Interventionen der Regierung. Die Ideologie des Liberalismus geht auf *Adam Smith*<sup>54</sup>, Mitte der 1770er Jahre zurück.<sup>55</sup> Adam Smith befürwortete eine minimale Rolle des Staates in ökonomischen Belangen, damit der Handel florieren konnte.<sup>56</sup> Diese Sichtweise hatte über 200 Jahre Bestand. In den 1930er Jahren wurde der Liberalismus zwischenzeitlich durch den *Keynesianismus* abgelöst, dem Verfechter von staatlichen Interventionen und Steuerungsmechanismen in der Gesamtwirtschaft. In den 1970er Jahren wurde mit dem Wunsch nach Deregulierung und Privatisierung der Liberalismus (sog. *Neoliberalismus*) wiederbelebt.<sup>57</sup>

*„The theoretical assumption of neoliberalism is that the free functioning of the market forces leads to a better utilization and allocation of resources, guarantees a better satisfaction of the requirements of consumption and bigger balance of the foreign trade, and altogether produces higher economic growth and therefore development.“<sup>58</sup>*

---

<sup>52</sup>Foucault, 2006b, 332/401

<sup>53</sup>Foucault, 2006b, 332/401

<sup>54</sup>Mithilfe der ökonomischen Analyse und der Arbeit von Adam Smith wurde versucht, die Arbeit selbst zu analysieren. Davor wurde eher versucht die Arbeit zu neutralisieren oder sie ausschliesslich auf den Faktor Zeit zu reduzieren. Erst in den 1930er Jahren wurde der Arbeiter nicht mehr als Objekt von Angebot und Nachfrage betrachtet, sondern als aktives Wirtschaftssubjekt. (Foucault, 2006b)

<sup>55</sup>„Damals erhob sich Kritik an der Allmacht von Monarchen, Adeligen, Päpsten und Bischöfen [...] Keiner dieser Mächtigen mochte zugestehen, dass jeder Mensch über naturgegebene Rechte verfügt; in ihren Augen gab es lediglich Privilegien und detailliert spezifizierte Freiheiten, die nur sie selbst einräumen und jederzeit wieder entziehen konnten. [...] Die Forderung der Kaufleute, die Märkte dem Zugriff weltlicher und geistlicher Autoritäten zu entziehen, die aus der Vergabe von Handelsmonopolen erhebliche Profite zogen, vereinte sich mit dem allgemeinen Ruf nach Freiheit als einem unersetzlichen, unteilbaren, unwiederrufflichen Menschenrecht. Da sich die bestehenden Machtverhältnisse in Kirche, Staat und in der Klasse der Grundeigentümer nicht einfach wegwischen liessen, führte das Streben nach mehr Freiheit in der Praxis zu vielfältigen Separationen: der Trennung von Wirtschaft und Politik, von Kirche und Staat sowie zur Loslösung der individuellen Lebensführung von jeglicher kollektiven Moral [...] Durch die so bewerkstelligte Aufteilung des Lebens in „Lebensbereiche“ liess sich der Einfluss der bislang Mächtigen zurückdrängen; individuelle Freiräume entstanden“ (Crouch, 2011, 22)

<sup>56</sup>So war die ursprüngliche Intention nicht, der Wirtschaft einfach Freiräume einzuräumen, sondern zu erkennen, bis wohin sich die politische und soziale Informationsgewalt erstrecken kann. (Foucault, 2006b)

<sup>57</sup>McGregor, 2001

<sup>58</sup>McGregor, 2001

Der Neoliberalismus löste die keynesianische Nachfragesteuerung<sup>59</sup>, die in einer Inflationskrise mündete, ab.<sup>60</sup> Der Neoliberalismus geht von drei Annahmen aus: Individualismus (u.a. das Individuum als individuellen Nutzenmaximierer), freien Märkten durch Privatisierung und Deregulierung und Dezentralisierung.<sup>61</sup>

*„Das oberste Credo des Neoliberalismus lautet, dass optimale Ergebnisse immer dann erzielt werden, wenn sich Angebot und Nachfrage auf dem Markt für Waren und Dienstleistungen durch den Mechanismus der Preisbildung selbst regulieren, ohne staatliche oder sonstige Eingriffe – selbst wenn sie von den Preis- und Marketingstrategien oligopolistischer, also marktbeherrschender Konzerne beeinflusst werden.“<sup>62</sup>*

Anfang der 1980er-Jahren verkündeten Ronald Reagan und Margaret Thatcher, dass die Märkte der Schlüssel zu Wohlstand und Freiheit seien und nicht der Staat, was zur Folge hatte, dass sich die Einkommens- und Vermögensungleichheit in den Nationalstaaten verschärft hat.<sup>63</sup> Diese Sichtweise teilten in den 90er-Jahren auch Bill Clinton und Tony Blair. Eingriffe des Staates in den Markt wurden zugestanden, doch beschränkten sich diese darauf *„dessen reibungsloses Funktionieren zu gewährleisten“*.<sup>64</sup>

Die Ungleichheit in den Nationalstaaten wurde beispielsweise durch den Arbeitsmarkt bedingt, da der technologische Wandel das Wissen als entscheidenden Produktionsfaktor aufwertete und es zu intensiver Konkurrenz der Lohnkosten durch Billiglohnländer kam. Die USA sind sehr viel stärker von der sozialen Ungleichheit betroffen als Europa. Europa ist besser versorgt mit gut ausgebildetem Humankapital, der Arbeitsmarkt wird effektiver gesteuert und der Sozialstaat ist viel stärker.<sup>65</sup>

Dieser Optimismus wurde zuletzt durch die Finanzkrise von 2008 gedämpft, doch *„die schicksalhafteste Änderung der letzten drei Jahrzehnte war nicht die Zunahme der Gier. Es war die Ausdehnung der Märkte und ihrer Wertvorstellung in Lebensbereiche, in die sie nicht gehören.“<sup>66</sup>* Trotz der Finanzkrise 2008 ist nicht damit zu rechnen, dass der Neoliberalismus wie sein Vorgänger abgeschafft wird. Denn heute profitieren hauptsächlich die Grosskonzerne vom Neoliberalismus und diese haben ihren Einfluss behalten. Die multinationalen Unternehmen sind als einzige Akteure in der Lage, auf globaler

<sup>59</sup> „In Zeiten geringer Nachfrage und mangelnder Wachstumszuversicht sollte sich demnach der Staat verschulden, um die Wirtschaft mit staatlichen Aufträgen anzukurbeln. In Zeiten hoher Nachfrage und Inflationsgefahr sollte er dann seine Ausgaben reduzieren, die Schulden abtragen und so die Gesamtnachfrage bremsen. [...] Das keynesianische Modell schützte die Bürger vor den Unwägbarkeiten volatiler Märkte, glättete den Konjunkturzyklus und ermöglichte es ihnen, zuversichtliche Konsumenten der Produkte einer infolgedessen ebenso zuversichtlichen Industrie zu werden. Der Sozialstaat stellte den Regierenden nicht nur Instrumente zur Nachfragesteuerung zur Verfügung, er erbrachte auch lebenswichtige Dienstleistungen für jene Menschen, um die sich der Markt aufgrund ihrer geringen Kaufkraft nicht kümmerte.“ (Crouch, 2011, 32f)

<sup>60</sup> Crouch, 2011

<sup>61</sup> Für eine detaillierte Beschreibung der Annahmen siehe McGregor (2001)

<sup>62</sup> Crouch, 2011, 39

<sup>63</sup> Wehler, 2013, 59; Crouch, 2011, 27

<sup>64</sup> Crouch, 2011, 27

<sup>65</sup> Wehler, 2013, 60f

<sup>66</sup> Sandel, 2012

## 6.1 Warum wird heute der Ökonomie im Gesundheitswesen so viel Bedeutung beigemessen?

Ebene rasch handeln zu können. Sie regulieren sich selbst und überlassen dies nicht dem Staat.<sup>67</sup>

Die Einflüsse des Neoliberalismus brachten veränderte Muster von öffentlichen und privaten Ausgaben, erhöhte Privatisierung, marktorientierte Politiken und Praktiken sowie die Kommerzialisierung der öffentlichen Dienstleistungen mit sich.<sup>68</sup> Gegen eine Liberalisierung im Gesundheitswesen spricht unter anderem, dass der Staat eine soziale Verantwortung gegenüber dem Gesundheitswesen hat. Dies basiert auf dem Prinzip der kollektiven Verantwortung oder dass die Bürgerrechte nicht gleichbedeutend sind mit den Konsumentenrechten.<sup>69</sup> Vertreterinnen und Vertreter des Neoliberalismus argumentieren dagegen, dass profitorientierte Unternehmen aufgrund des Wettbewerbs und der Wahlfreiheit der Konsumentinnen und Konsumenten mehr Anreize haben, die Qualität und Effizienz ihrer Angebote zu optimieren, während diese Anreize öffentlichen Unternehmen fehlen.<sup>70</sup> Jedoch fügt hier Colin Crouch an:

*„Der private Sektor garantiert weder Qualität noch Moral – die Dienstleistung wechselt lediglich in einen Bereich, dessen Qualitätskriterien variabler sind und in dem moralische Kriterien keine Geltung haben.“<sup>71</sup>*

Er kritisiert den Markt als Patentlösung für alle Probleme und meint, *„daher sollten wir einige Lebensbereiche, in denen wir lieber an moralische Prinzipien orientierte Urteile treffen wollen, von den Marktgesetzen ausnehmen“*.<sup>72</sup> Dies wird allerdings vor dem Hintergrund zunehmender Ökonomisierung immer schwieriger. Nachfolgend wird deshalb in diesem Zusammenhang der Begriff Ökonomisierung definiert und erläutert. Der Begriff Ökonomisierung ist ein im deutschsprachigen Raum verbreiteter Begriff. In der englischsprachigen Literatur wird hauptsächlich von Kommerzialisierung gesprochen.

Auth (2012) definiert Ökonomisierung als:

*„Unter Ökonomisierung versteht man einen Prozess, in dem die ökonomischen Prinzipien der Effizienz und Marktlogik in bestimmten gesellschaftlichen Institutionen oder Politikfeldern eingeführt oder durchgesetzt werden.“<sup>73</sup>*

Sie zieht vier Prozesse zur Definition von Ökonomisierung hinzu.

- *Effizienzorientierung*: Die Effizienzüberlegungen werden auf wohlfahrtsstaatliche Organisationen und Leistungen angewendet.
- *Auslagerung/Outsourcing*:<sup>74</sup> Der Staat hält nicht länger die Rolle des Anbieters von wohlfahrtsstaatlichen Leistungen inne, sondern ist nur noch Nachfrager. Damit

---

<sup>67</sup>Crouch, 2011

<sup>68</sup>Beach, 2010

<sup>69</sup>McGregor, 2001

<sup>70</sup>Crouch, 2011

<sup>71</sup>Crouch, 2011, 50

<sup>72</sup>Crouch, 2011

<sup>73</sup>Auth, 2012

<sup>74</sup>Damit verbunden ist der Rückgang wohlfahrtsstaatlicher Tätigkeiten.



entsteht ein Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern und Trägern sozialer Dienste auf Wohlfahrtsmärkten.

- *Privatisierung*: Staatliche Leistungen werden von privaten Akteuren auf dem Markt angeboten und „direkt von den Konsumenten nachgefragt.“
- *Konsumerismus*: Die Macht der Konsumentinnen und Konsumenten wird gestärkt, beispielsweise durch mehr Wahlfreiheit.<sup>75</sup>

Obwohl das Gesundheitswesen eine wirtschaftliche Komponente hat<sup>76</sup> und zunehmend haben wird, ist es weder im Hinblick auf die politischen noch auf die medizinischen Ziele dem Bereich Wirtschaft zugehörig. Das politische Ziel ist nach Dietz (2011) „*Rahmenbedingungen für ein Leben in Würde schaffen*“. Das medizinische Ziel sieht er in der „*Förderung der Gesundheit*“. Er definiert Ökonomisierung im Gesundheitswesen als:

„Von Ökonomisierung kann dann gesprochen werden, wenn die wirtschaftlichen Aktivitäten im Gesundheitswesen (effizienter Umgang mit bestimmten Ressourcen) nicht mehr als Mittel zur Beförderung des Ziels einer guten Gesundheitsversorgung angesehen werden, sondern eine Eigendynamik entwickeln in der Weise, dass zunächst ökonomische Begriffe und Denkweisen das ganze System durchdringen [...]“. <sup>77</sup>

Doch die Einbindung ökonomischer Überlegungen in die Aktivitäten im Gesundheitswesen ist keine neue Entwicklung. Fazit 1 und 2 verdeutlichen die Anfänge der Grundproblematik in der Gesundheitsversorgung und diskutieren die Herausforderungen und Konsequenzen für den Pflegeberuf.

### Fazit 1: Die Anfänge der Zwei Klassen-Medizin

Bereits als die ersten grösseren Städte entstanden, zeichneten sich Unterschiede in der Betreuung der armen und reichen Bevölkerung ab. Die reichen Städter konnten sich in Bürger- oder „reiche“ Spitäler einzukaufen, während die ärmeren Städter in minderen Spitälern gepflegt wurden. Diese soziale Ungleichheit kann mit der Verstaatlichung der Krankenpflege erklärt werden, die die Grundwerte christlicher Barmherzigkeit verdrängte. Die Entwicklung zog Konsequenzen nach sich, die wir auch noch heute kennen: Das Personal in den Spitälern war überlastet. Die Folge daraus war, dass das Niveau der Krankenpflege sank und keine angemessene Versorgung der Bevölkerung gewährleistet werden konnte. Auch heute wächst der Pflegebedarf und es wird für Pflegefachpersonen immer schwieriger gute Pflege für alle leisten zu können.

<sup>75</sup>Durch mehr Wahlfreiheit wird der Wettbewerb zwischen den Anbietern erhöht. *Die freie Wahl zwischen den Anbietern sozialer Dienste trägt allerdings nicht zur Kostensenkung bei, wenn die Pflegekosten wohlfahrtsstaatlich getragen werden.*

<sup>76</sup>Er sieht die wirtschaftliche Dimension darin, „als darin knappe Ressourcen zur materiellen Bedürfnisbefriedigung eine Rolle spielen und Menschen mit diesen Ressourcen auf irgendeine Weise umgehen.“ (Dietz, 2011)

<sup>77</sup>Dietz, 2011

## 6.1 Warum wird heute der Ökonomie im Gesundheitswesen so viel Bedeutung beigemessen?

Doch im Rahmen des Fortschritts und der ökonomischen Veränderungen, insbesondere in den sozialen Marktwirtschaften, sollen auch die ursprünglich schlechter Gestellten „in den Sog des sozialen Fortschritts einbezogen werden“.<sup>78</sup> Dass auch heute, trotz einer Erstarkung der staatlichen Verwaltung und des Sozialwesens, diese soziale Ungleichheit weiterhin besteht, erläutert Fazit 2 „Sparzwänge der Ökonomisierung“ einerseits und beschreibt Hans-Ulrich Wehler (2014) andererseits sehr treffend:

*„Denn die klassenspezifischen Wertvorstellungen, die das Gesundheits- und Krankheitsverhalten bestimmen, entscheiden sich auf krasse Weise, etwa im Hinblick auf die Bereitschaft zur Früherkennung, zur Prophylaxe und dann zur Behandlung von Krankheiten oder auf das gesundheitsschädliche Verhalten, das Suchtkrankheiten wie Rauchen und Alkoholismus repräsentieren. Nicht zufällig treten Herz-Kreislauf-Erkrankungen in den Unterschichten weit- aus häufiger auf als in den Oberklassen, und psychische Erkrankungen liegen am Sockel der Sozialhierarchie um 40 Prozent über der Rate an ihrer Spitze. Allgemein gilt, dass die Gesundheitsrisiken in der einkommensschwachen Bevölkerung deutlich stärker verbreitet sind. Das geht bis hin zu einer zwei-, dreifach erhöhten Sterblichkeit in den Unterklassen. Gesundheit und Krankheit stehen in einer klaren Abhängigkeit vom Bildungsniveau.“<sup>79</sup>*

### Fazit 2: Sparzwänge und Ökonomisierung

Die Gesundheit der Bevölkerung im Zentrum der Berufspraxis und die Auswirkungen politischer Entscheide hatten grosse Auswirkungen auf den Pflegeberuf. Kriege und Gesellschaftsstrukturen beeinflussten beispielsweise die Auswahl an qualifiziertem Pflegepersonal. Sparzwänge und ökonomische Überlegungen gestalteten die Arbeitsbedingungen im Pflegeberuf. Das Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen zeigte sich immer deutlicher. Im beginnenden 20. Jahrhundert wurde in den Krankenhäusern an allen Ecken und Enden gespart, da das Gesundheitswesen stetig Ressourcen der Volkswirtschaft beanspruchte – unabhängig von florierendem, eingeschränktem oder stagnierendem Wirtschaftswachstum.

Die Sparmassnahmen am Pflegepersonal führten schliesslich zu einem Spannungsfeld zwischen dem Bedarf Mittel zu sparen und möglichst gut qualifiziertes und langjähriges Pflegepersonal zu rekrutieren. Bereits in den 1980er Jahren zeichneten sich in der Schweiz Diskrepanzen zwischen Berufserwartungen und Berufsrealität ab, die sich in einer hohen Ausstiegsquote aus dem Beruf manifestierten. Der Pflegeberuf entwickelte sich zunehmend vom „Liebesdienst“ hin zu einer Lohnarbeit. Heute sind die Sparmassnahmen im Gesundheitswesen und die Schwierigkeit, gute Pflege leisten zu können ebenfalls grosse Herausforderungen. Diese Entwicklungen führen zu Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen und zu Kündigungen.

---

<sup>78</sup>Schulz-Nieswandt, 2012, 37

<sup>79</sup>Wehler, 2013, 125f

Nachdem bereits erwähnten Ausgabenwachstum im Schweizerischen Gesundheitswesen in den frühen 90er-Jahren nahm die Schweiz Platz 2 im internationalen Ranking der Gesundheitsausgaben pro Kopf ein.<sup>80</sup> Um diesem Kostenanstieg Gegengewicht zu geben, wurden, wie an früherer Stelle erwähnt, vermehrt Markt und Wettbewerb als Steuerungsmechanismen eingesetzt.<sup>81</sup> Soziale und moralische Gründe sorgen dafür, dass der Markt für Gesundheitsleistungen stärker reguliert wird als andere Märkte und Schäden (wie beispielsweise Systemschocks) nicht mit öffentlichen Geldern repariert werden müssen.<sup>82</sup> Auf die Kostenexplosion im Gesundheitswesen reagierte die Regierung in der Schweiz mit einer Reform des Krankenversicherungsgesetzes (KVG), welches seit 1996 in Kraft ist.<sup>83</sup>

Viele Entwicklungen wie die Ökonomisierungstrends im Gesundheitswesen sind heute geprägt von Effizienzsteigerung, Kostendämpfung und Wettbewerbsförderung.<sup>84</sup> Die Ökonomisierung setzt vermehrt Gewinn- und Kostenabwägungen ins Zentrum und weniger „medizinische Notwendigkeiten“. Mit Ökonomisierungsstrategien wie Privatisierungen, mehr Wettbewerb zwischen den öffentlichen Anbietern oder mit Privatunternehmen, die Aufträge des Staats übernehmen, sollen diese Schwierigkeiten angegangen werden. Probleme dabei sind beispielsweise klassisches Marktversagen oder ein eingeschränkter Wettbewerb. Im Falle der Güter auf dem Gesundheitsmarkt sind die Auswirkungen eines Marktversagens sehr teuer, da der Staat als Gegenmassnahme die Güter steuerfinanziert zu Verfügung stellt. Der Neoliberalismus kritisiert hier, dass überflüssige Güter angeboten werden, für die keine Nachfrage besteht und dass es so zu einer Dominanz der Anbieterinteressen kommt, verbunden mit hohen Steuern und wenig Kosteneffizienz.<sup>85</sup> Problematisch bei einer Marktöffnung sind ausserdem die Reduktion der Anzahl Wettbewerber und, auf lange Sicht, Finanzspekulationen. Die Situation in Deutschland sieht schon heute so aus, dass vier grosse Konzerne den privaten Krankenhausmarkt unter sich aufgeteilt haben und die Markteintrittsbarrieren für neue Konkurrenten unüberwindbar sind.<sup>86</sup> Global betrachtet sind Krankenhäuser dem Non-Profit-Bereich zugehörig, doch nimmt die Privatisierung im Gesundheitswesen je länger je mehr überragende Dimensionen an.<sup>87</sup> Dazu ist noch zu erwähnen, dass die Institutionen und Tätigen im Gesundheitswesen in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Interessen agieren. Zum einen steht in den Gesundheitsberufen das Wohl der Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt und zum anderen sind sie mit der Knappheit der Ressourcen im Gesundheitswesen konfron-

---

<sup>80</sup>Beck, 2001; Werthemann, 2006

<sup>81</sup>Böhlke et al., 2009

<sup>82</sup>Stumpfögger, 2009

<sup>83</sup>Beck, 2001; Werthemann, 2006 (Doch bereits vorher verfügten 99.9% der Schweizer Bevölkerung über eine Krankenversicherung)

<sup>84</sup>Auth, 2012

<sup>85</sup>Crouch, 2011

<sup>86</sup>Die weltweit grössten privaten Krankenhauskonzerne 2008 waren: USA: Hospital Corporation of America (Platz 1) - Deutschland: Rhön-Klinikum AG (2); Fresenius Helios Gruppe (3); Asklepios Kliniken GmbH (4); Sana Kliniken AG (6) - Frankreich: Générale de Santé (5)

<sup>87</sup>Stumpfögger, 2009

tiert.<sup>88</sup> Noch wird Gesundheit nicht als Ware gehandelt, hauptsächlich deswegen, weil Menschen sicher sein wollen, „dass bei ihrer Behandlung erst die Moral, und dann das Geld kommt“.<sup>89</sup>

*„Zum einen haben Patienten mangelnde medizinische Kenntnisse. Zum anderen weiss niemand im Voraus, wie sich eine Behandlung auf die Gesundheit auswirken wird. Es gibt also kein Behandlungsprodukt, über dessen Eigenschaften der Patient Bescheid wissen kann, wenn er es kauft. Damit ist eine der wesentlichen Bedingungen für die Rationalität von Marktmechanismen nicht erfüllt: nämlich eine umfassende Informiertheit der Konsumentinnen und Konsumenten als Grundlage der freien Wahl von Gütern und Dienstleistungen.“<sup>90</sup>*

## 6.2 Die veränderte Rolle des Nationalstaats im Kontext der Globalisierung

Damit die oben erwähnten Entwicklungen verständlich werden, wird die veränderte Rolle des Nationalstaats als Erklärungsansatz hinzugezogen und in diesem Kapitel kurz diskutiert.

Wie können die Handlungen von Individuen, die ihre eigenen, privaten Interessen verfolgen so koordiniert werden, dass das Gemeinwohl gesichert wird? Im modernen Zeitalter<sup>91</sup> wird die Aufgabe auf drei gesellschaftliche Ebenen verteilt: den politischen Bereich, die Zivilgesellschaft und die ökonomische Domäne. Die Politik definiert verbindliche Regeln und sichert deren Durchsetzung. Die Zivilgesellschaft repräsentiert den staatsbürgerlichen Meinungsbildungsprozess. Der Staatsapparat erhält dadurch die Legitimation für Regulationsentscheide. In der ökonomischen Domäne verfolgen die Akteurinnen und Akteure private Interessen. Sie treffen ihre Entscheide idealerweise in freien und offenen Märkten (sog. *vollkommene Märkte*). Die Grundidee des Zusammenspiels ist, dass Restriktionen und Sanktionen des Staates die ökonomischen Handlungen und den Austauschprozess von privaten Akteurinnen und Akteuren lenken, so dass die Folgen ihres Handelns sowohl ihren privaten Interessen als auch dem Gemeinwohl zuträglich sind.<sup>92</sup>

Ursprünglich entwickelten sich die politische Regulierung und die wirtschaftliche Ent-

---

<sup>88</sup>Rosenbrock & Gerlinger, 2014, 23

<sup>89</sup>Stumpfögger, 2009

<sup>90</sup>Madörin, 2014, 54

<sup>91</sup>Der Beginn des modernen Zeitalters kann auf das Ende des Dreissigjährigen Kriegs um 1648 datiert werden. Dieses Datum kann ebenfalls als Geburtsstunde des nationalstaatlichen Systems gesehen werden. (Scherer, 2003a; Kobrin, 2001)

<sup>92</sup>Scherer et al., 2014

faltung synchron. Durch die fortschreitende Globalisierung<sup>93</sup> und die wachsende Liberalisierung der Märkte verloren die Räume staatlicher Regulierung und wirtschaftlicher Interaktionen ihre Deckungskongruenz. Dadurch ist die quasi monopolistische Stellung des Nationalstaats, als Quelle gesellschaftlicher Integration, bedroht. Die angestammte Ausformung der Wirtschaft im Rahmen staatlich definierter Regeln wurde aufgelöst und die Steuerungseffizienz und Souveränität<sup>94</sup> des nationalstaatlichen Systems beschnitten. Die Wirtschaft diktiert dem Staat sozusagen den Handlungsspielraum. Die technische Rationalität greift zunehmend in das politische Entscheidungssystem ein. Die verstärkte Ausrichtung am Kapitalmarkt bedingt eine Orientierung an der Marktrationalität und impliziert die Ausschöpfung des Kosten-Nutzen-Kalküls. Dies ersetzt die demokratischen Entscheidungsprozesse. Es kommt zu einer Abwägung der sozialen Verantwortung und Solidarität mit einer oft kurzfristigen Rentabilität. Der Sichtweise des Liberalismus, die *in der Liberalisierung des Handels eine essentielle Bedingung für wirtschaftliche Stabilität, Wachstum und Entwicklung*<sup>95</sup> propagiert, stehen die Bedenken gegenüber, dass Markt und Wettbewerb als gesellschaftliches Koordinationsinstrument nicht ausreichen.<sup>96</sup>

Die Ordnungsgestaltung obliegt der Politik, denn die wirtschaftlichen Akteure verfügen nicht über die notwendige demokratische Legitimation.<sup>97</sup> Im Zuge der Postmoderne kristallisierte sich dieser wachsende Bedeutungsverlust des Nationalstaats<sup>98</sup> als *politische Integrationsinstanz wirtschaftlicher und sozialer Prozesse* heraus.<sup>99</sup> Dies beeinflusste nicht nur – durch zivilpolitische Emanzipation – die Dynamik zwischen Zivilgesellschaft und Politik, sondern auch die Beziehung zwischen Zivilgesellschaft und Ökonomie, welche zunehmend politisiert wurde.<sup>100</sup> Das Auseinanderfallen von politischer und ökonomischer Geografie beeinflusste den Staat dahingehend, dass seine Massnahmen zur Durchsetzung politischer Ziele an ihre Grenzen stossen. Das Rollenverständnis der Nationalstaaten hat sich somit verändert. Auf globaler Ebene – als Akteure in globalen Politiknetzwerken – sind sie wichtige Mitwirkende in der Herstellung und Sicherung einer globalen Ordnung.<sup>101</sup> Der Nationalstaat ist ausserdem wichtig, da er einerseits die „*Hauptquelle für Massnahmen gegen Marktversagen*“ ist und andererseits, weil der „*Markt auf ein funktionierendes Rechtssystem angewiesen*“ ist. Auch wenn dieses in einem Weltmarkt weniger

<sup>93</sup>Die Globalisierung lässt sich als einen Prozess der zunehmenden, weltweiten Vernetzung sozialer Handlungen verstehen, die ihre angestammten lokalen Kontexte und Institutionen verlassen und in ihren Folgen überregionale Bedeutung gewinnen. (Scherer, 2003a; siehe auch Perraton, 2003)

<sup>94</sup>Kobrin, 2001

<sup>95</sup>Scherer, 2003b

<sup>96</sup>Scherer, 2003a

<sup>97</sup>Homann, 2004

<sup>98</sup>Die Grundhaltung im Rahmen der Aufklärung ging davon aus, dass technische und politische Probleme besser gelöst werden könnten. „Ihren institutionellen Niederschlag findet die Moderne im Anschluss an den westfälischen Frieden in der Erfindung des säkularen, souveränen Staates, der über eine Monopolisierung und Säkularisierung der staatlichen Gewalt Bürgerkriege vermeiden und durch das Prinzip der Nichteinmischung den äusseren Frieden sichern sollte.“ (Scherer, 2003a)

<sup>99</sup>Scherer, 2003a

<sup>100</sup>Palazzo & Scherer, 2006

<sup>101</sup>Steinmann, 2005

## 6.2 Die veränderte Rolle des Nationalstaats im Kontext der Globalisierung

Bedeutung hat als in kleinen Märkten.<sup>102</sup> Auf nationaler Ebene stehen sie jedoch zunehmend den erwähnten und nachfolgend diskutierten Herausforderungen gegenüber.

Der Nationalstaat ist für den Erfolg demokratischer Selbststeuerung der Gesellschaft bedeutungsvoll. Nach Habermas (1998) ist der moderne Staat

- a) *„als Verwaltungs- und Steuerstaat und*
- b) *als ein mit Souveränität<sup>103</sup> ausgestalteter Territorialstaat<sup>104</sup> entstanden, der sich*
- c) *im Rahmen eines Nationalstaats*
- d) *zum demokratischen Rechts- und Sozialstaat entwickeln konnte.“<sup>105</sup>*

Seit den späten 1970er Jahren steht der Nationalstaat in oben erwähnter Form durch die Globalisierung zunehmend unter Druck und wird durch die wirtschaftliche Globalisierung unmittelbar beeinflusst. Begünstigt werden diese Entwicklungen unter anderem durch die Intensivierung des zwischenstaatlichen Handels, die Beschleunigung der Kapitalbewegungen und die Verschärfung des internationalen Wettbewerbs. Der Nationalstaat steht im Kontext globaler Katastrophen und im Rahmen der inneren Sicherheit vor neuen Herausforderungen.<sup>106</sup> Die supratoritoriale Tätigkeit von Unternehmen oder ganzer Branchen ist für den Nationalstaat nicht ausschliesslich risikobeladen. Einzelne Wirtschaftszweige wie die Pharmaindustrie oder Biotechnologie konnten sich erst durch die zunehmende Internationalisierung und durch die wirtschaftlichen Entfaltungsmöglichkeiten entwickeln und Systemrelevanz gewinnen. Auch die digitale Revolution hat das Aufkommen verschiedener Forschungszweige begünstigt. Die enormen Kosten für Forschung und Entwicklung könnten mit einer rein nationalen Tätigkeit dieser Sektoren nicht amortisiert werden. Zur Aufrechterhaltung der technologischen Wettbewerbsfähigkeit sind die Staaten jedoch in zunehmendem Masse abhängig von multinationalen Unternehmen.<sup>107</sup>

Die Verflechtung<sup>108</sup> von Unternehmen und dem Staat ist im Falle von globaltätigen Unternehmen problematisch, da die marktbeherrschende Stellung der Unternehmen auch mit politischem Einfluss einhergehen kann und die Unternehmen Staaten gegeneinander ausspielen können.<sup>110</sup>

---

<sup>102</sup>Crouch, 2011

<sup>103</sup>Recht der gegenseitigen Anerkennung der Integrität staatlicher Grenzen. (Habermas, 1998)

<sup>104</sup>Das Territorialprinzip sagt aus, dass die Grenzen und der Bereich staatlicher Gewaltausübung definiert sind. (Habermas, 1998)

<sup>105</sup>Habermas, 1998

<sup>106</sup>Für eine Diskussion weiterer Auswirkungen wird auf Habermas (1998) verwiesen.

<sup>107</sup>Kobrin, 2001

<sup>108</sup>Der Versuch der Staaten, in das Wirtschaftsgeschehen einzugreifen, führt zu einer zunehmenden Verflechtung der beiden Bereiche. Dies wiederum führt zu Problemen für den freien Markt und die Integrität der öffentlichen Institutionen. Der Neoliberalismus allerdings verlangt, dass sich der Staat aus dem Markt raushält.<sup>109</sup> Doch „obwohl Grosskonzerne nach wie vor allein ihren Aktionären (oder rasch wechselnden Aktienhändlern) gegenüber verantwortlich sind, sind sie auf diese Weise (i.B. Vernetzung) zu Schlüsselfiguren für die Aufrechterhaltung der Stabilität nicht nur der Wirtschaft, sondern der gesamten Gesellschaft geworden.“ (Crouch, 2011, 176)

<sup>110</sup>Crouch, 2011

Der Wohlfahrtsstaat ist besonders in entwickelten Ländern mit offenen Märkten ausgeprägt, dies, weil offene Märkte nebst Gewinnen auch grosse Risiken bergen. Ein funktionierender Wohlfahrtsstaat kann mögliche externe Schwankungen dämpfen.<sup>111</sup> Die Kapitalmobilität als Konsequenz der zunehmenden Internationalisierung erschwert ausserdem den fiskalpolitischen Spielraum. Von politischen Entscheidungen sind zunehmend Personen und Gebiete betroffen, die über die territorialen Grenzen hinausgehen.<sup>112</sup> Auch der Einfluss von supranationalen Organisationen wie die World Health Organization (WHO) oder die International Labor Organization (ILO) ist begrenzt, da ihre Vorgaben nur für einzelne Staaten bindend sind und ihnen die Sanktionsinstrumente fehlen. Dies gilt insbesondere für Krankenversicherungs- und Krankenbehandlungssysteme, weil beispielsweise zwischen den Mitgliedstaaten oft ein grosses ökonomisches Gefälle besteht oder weil die soziale Sicherheit in den Zuständigkeitsbereich der Nationalstaaten fällt.<sup>113</sup> Der demokratische Verfassungsstaat ist in der Lage, „*Lücken in der sozialen Integration durch die politische Partizipation seiner Bürger*“ zu schliessen und so eine Form von Solidarität herzustellen. Das Kernstück des Sozialstaats bildet die redistributive Sozialpolitik, dazu zählt auch die Gesundheitspolitik.<sup>114</sup> Als Steuerungsinstrumente setzt der Staat das Recht (Gebote, Verbote und Sanktionen) ein, beeinflusst mit Geld die Interessen der unterschiedlichen Akteure oder überträgt „*in einer Reihe von Politikfeldern die konkretisierende Regelsetzung oder exekutive Funktionen an nachgeordnete Institutionen (z.B. Krankenkassen...)*“.<sup>115</sup> Habermas (1998) sieht viele soziale Infrastrukturen bedroht, „*wenn sie der Regulierung durch den Markt überlassen werden*“ und erklärt die wachsende soziale Ungleichheit in einem verschärften globalen Wettbewerb sowie in der Beschleunigung von Rationalisierungsinvestitionen.

*„Der in allen industriellen Gesellschaften beobachtete Trend zur Steigerung der Arbeitsproduktivität hat sich in postindustriellen Gesellschaften fortgesetzt. Die fortschreitende Rationalisierung ist regelmässig von einer säkularen Verschiebung der Arbeitsbevölkerung aus dem primären in den sekundären und tertiären Sektor, schliesslich in den quartären Sektor einer Wissens- und Informationsgesellschaft geleitet worden.“<sup>116</sup>*

Diese Veränderungen zeigen sich auch in Fazit 3 und 4. Der Pflegeberuf hat sich von einem ursprünglichen Handwerksberuf zu einer Wissenschaft entwickelt. In Fazit 3 und 4 werden diese Veränderungen kurz diskutiert und die Spannungsfelder dargelegt.

### **Fazit 3: Das Spannungsverhältnis zwischen Arzt- und Pflegeberuf**

Im Vergleich zum Pflegeberuf, der lange Zeit als weibliche Tätigkeit galt, genoss der Arztberuf über alle Epochen hinweg hohes Ansehen. Dies, weil das Gut der Gesundheit

<sup>111</sup>Perraton, 2003

<sup>112</sup>Für eine Diskussion weiterer Auswirkungen wird auf Habermas (1998) verwiesen.

<sup>113</sup>Rosenbrock & Gerlinger, 2014

<sup>114</sup>Habermas, 1998

<sup>115</sup>Rosenbrock & Gerlinger, 2014, 19

<sup>116</sup>Habermas, 1998

lange als Ideal galt. Das Pflegepersonal unterstützte die Ärzte bei ihren Aufgaben. Der Ursprung der modernen Krankenpflege liegt im frühen Christentum und fusst auf dem Gebot der Barmherzigkeit oder der sogenannten Caritas. Zu jederzeit hat sich die Krankenpflege an den Schwachen und Kranken orientiert. Zur Zeit der Aufklärung gewann die Ausbildung immer mehr an Bedeutung. Die fortwährende Trennung des ärztlichen und pflegerischen Bereichs wurde zu einer Herausforderung für die Berufspraxis. Die Schwierigkeiten zwischen Ärzteschaft und Pflege setzten ein, als sich die Pflege wissenschaftlich zu bilden begann. Diese Schwierigkeiten bestehen auch noch heute. Gleichzeitig änderten sich die beruflichen Bedingungen und erfordern eine stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Dass dieses Spannungsverhältnis teilweise auch noch heute besteht, hat mit der beruflichen Stellung des Pflegepersonals zu tun. Das Problem des steigenden Pflegebedarfs muss deshalb auch von der Leistungsseite her angegangen werden und dazu braucht es eine Neustrukturierung der Gesundheitsberufe. Tätigkeiten, die beispielsweise in der Schweiz von Ärztinnen und Ärzten ausgeführt werden, dürfen in anderen Ländern Pflegefachpersonen übernehmen. Mit einer Anpassung der Tätigkeitsfelder könnten die Personalkosten gesenkt, die Berufszufriedenheit und die Qualität der Leistungen erhöht werden.<sup>117</sup> Durch angepasste Teamstrukturen können Ärzteschaft und Pflegende von den gegenseitigen Kompetenzen profitieren.<sup>118</sup> In Finnland gibt es bereits Gesundheitszentren, wo Pflegende die Ärztinnen und Ärzte bei den Hausbesuchen entlasten und eigene Sprech- und Beratungsgespräche führen, eigenständig Injektionen verabreichen, Wunden versorgen und Patienten-Assessments durchführen. Das führte dazu, dass die Besuche bei den Ärztinnen und Ärzten abgenommen und bei anderen Gesundheitsberufsgruppen zugenommen haben.<sup>119</sup> Ausserdem hat die zunehmende Akademisierung und Professionalisierung diverser Gesundheitsberufe dazu geführt, dass es zu neuen Kompetenzverteilungen und zu Rollenüberschneidungen kam. Team-, Arbeits- und Kompetenzstrukturen müssten deshalb angepasst und gemanaged werden.<sup>120</sup> Die Pflege war über Jahrhunderte weg fremdbestimmt und sie hat es bis heute nicht geschafft, sich vollständig davon zu lösen.

*„Sind es zunächst die Kirchen und ihre Vertreter, die die Pflegenden in eine weitgehend abhängige, an Dienen und Aufopferung orientierte Haltung und von anderen beruflichen Entwicklungen abgekoppelte Position zu halten versuchten, hat sich mit der Entwicklung der modernen Naturwissenschaften, der Entstehung erster grosser Kliniken und der Ausdifferenzierung einer klinischen Wissenschaft die Medizin als bestimmende Kraft im Gesundheitswesen durchgesetzt. [...] Visiten, schriftliche Dokumentationen, Klassifikationen, Normenermittlung und Kategorienbildung sind die sichtbaren Zeichen*

<sup>117</sup>Neubauer, 2011, 29

<sup>118</sup>Hahn, 2011, 29

<sup>119</sup>Büscher, 2011, 65

<sup>120</sup>Esch, 2011, 89



*einer Organisation des Krankenhauses als Prüfapparat. Im Rahmen dieser Disziplinarmacht etabliert sich die Rolle der Pflegenden als Helfer des Arztes, ihre Aufgabe besteht in erster Linie in der Ausübung von Kontroll- und Überwachungsfunktionen. Aus einem Ort der Fürsorge wird ein Ort der Erkenntnisbildung. Spätestens seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts ist eine Krise des Sozialen auszumachen. [...] Wirtschaftlichkeitserwägungen treten zunehmend an die Stelle medizinischer und pflegerischer Entscheidungen. [...] Zusammenfassend lassen sich Religion, Medizin und Ökonomie als wesentliche „Fremdbestimmer“ der Pflege identifizieren.“<sup>121</sup>*

Der Einfluss der Ökonomie kommt bei der Abrechnung über die DRGs – wie an früherer Stelle bereits erläutert – deutlich zum Ausdruck: Geht man von der maschinellen Produktion aus – auf der das DRG-System beruht – nimmt das Pflegeteam die Rolle eines Montage- und Fließbandüberwachungsteams ein, welches wie die Fabrikarbeiterinnen und -arbeiter die einzelnen Teile montieren, während die Ärztinnen und Ärzte die Designer sind und die Produktion als Gesamtes überwachen. Im DRG-Modell wird die Pflege als Kostenfaktor betrachtet. Studien aus den USA in den 1990er Jahren haben gezeigt, dass ein Zusammenhang besteht zwischen der Zahl des qualifizierten Pflegepersonals und der Qualität eines Spitals und der Behandlungen.<sup>122</sup>

*„Aber die neue Regelung ist aus der Sicht der Pflege aus verschiedenen Gründen problematischer: Pflegediagnose und Pflegebedarf haben Auswirkungen auf die Pflage, welche die Patienten im Spital vernünftigerweise bzw. aus pflegediagnostischen Gründen verbringen sollen. [...] Der Pflegebedarf wird aufgrund der medizinischen Diagnose festgelegt. Er hängt nun vom definierten Schweregrad der diagnostizierten Krankheit ab. [...] Man kann argumentieren, dass die traditionellen Hierarchien zwischen dem Arzt und anderen Fachpersonen des Gesundheitswesens, insbesondere der Pflege, die mit den neuen Entwicklungen tendenziell aufgelöst werden. Das „Behandlungsprodukt“ wird heute in den Spitälern sehr viel stärker als Resultat von Teamarbeit unter anderem zwischen Ärzten und Pflegefachkräften gesehen und organisiert als früher. [...] Zudem werden die alten Dualismen [...] medizinische Diagnose / pflegerisches Handwerk in den Konzepten der DRG reproduziert und institutionell gefestigt. Die frühe Subalternität der Pflegenden gegenüber den Ärzten macht einer neuen Unterordnung unter ein abstraktes, weitgehend dysfunktionales Wirtschaftlichkeitskalkül Platz, in dem die Pflege als Kostenfaktor und nicht als Leistung angesehen wird.“<sup>123</sup>*

Doch wie Brandenburg (2012) schreibt, kann man gute Pflege nicht bloss als „*direktes Resultat von Struktur und Prozess*“ ansehen.<sup>124</sup> Obwohl der Einsatz von finanziellen Anreizen und finanzieller Strukturierung oftmals erfolgreich ist, ist diese Vorgehensweise

---

<sup>121</sup>Friesacher, 2012, 66f

<sup>122</sup>Madörin, 2014

<sup>123</sup>Madörin, 2014, 62

<sup>124</sup>Brandenburg, 2012, 93

nicht für alle Güter geeignet. Gewisse Güter sind „wie z.B. die gegenseitige Zuneigung, die von den Individuen hoch geschätzt werden“, käuflich nicht erwerbbar.<sup>125</sup> Gerade die pflegerischen Handlungen, die über die rein technischen Abläufe hinausgehen, wie das Gespräch mit den Patientinnen und Patienten, sind jedoch wichtige Bestandteile für eine gute Patientenversorgung. Diese Tätigkeiten geraten zunehmend unter Druck und werden nicht finanziert. Die fehlende Zeit für Patientengespräche führt unter anderem dazu, dass Pflegefachpersonen mit ihrer Arbeit nicht mehr zufrieden sind. Diese Entwicklung und die vermehrt belastenden Arbeitsbedingungen mit erhöhtem Zeitmangel, wachsenden administrativen Aufgaben und intensiviertem Personalmangel verschärfen in einer Aufwärtsspirale den Pflegenotstand. Es ist nicht die erste Personalkrise in der Pflege, bereits im 18. Jahrhundert zeigte sich ein Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal.

#### **Fazit 4: Der Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal**

Im 18. Jahrhundert behandelten viele Ärztinnen und Ärzte nur mit einer ausgebildeten Wärterin an der Seite. Dies stand im Widerspruch zum niedrigen Ausbildungsstand in der Pflege und der geringen Zahl an Personal. Ausserdem führten die schlechten Arbeitsbedingungen zu Erkrankungen oder gar zum Suizid von Pflegenden und die zahlreichen schlecht oder nicht ausgebildeten Pflegerinnen stellten ein Risiko für den Berufsstand dar. Doch trotz der desolaten Ausbildung und dem Mangel an Pflegepersonal, sträubten sich die Ärzteschaft gegen eine fundierte Ausbildung. So sah die Medizin in der Krankenpflege die Unterstützung des Arztes, während die Pflege nach sachlicher Selbstständigkeit strebte. Heute besteht ebenfalls ein Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal, der sich zu einem globalen Problem entwickelt hat. Gleichzeitig hat die Pflege mehr sachliche Eigenständigkeit erlangt und verfügt heute über eine fundierte Ausbildung.

Heute stellt die Pflege die grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen dar. „Trotzdem sind ihre Leistungen, ihre Diagnosen und ihre Sicht des Pflegebedarfs von Kranken kaum ein Thema in der Gesundheitsökonomie. Falls etwas thematisiert wird, sind es die Kosten der Pflege.“<sup>126</sup> Es sieht fast so aus, als ob „der Riese Pflege schläft“ und seine Einflussmacht aufgrund seiner Bedeutung bleibt ungenutzt. „Eine gekrümmte resignative Grundhaltung vieler Pflegenden ist habitualisiert und etabliert eine Pflege-Identität ohne berufliches Selbstbewusstsein.“<sup>127</sup>

---

<sup>125</sup>Kirchgässner, 2013, 244

<sup>126</sup>Madörin, 2014

<sup>127</sup>Friesacher, 2012, 67

### 6.3 Zusammenfassung und Übergang

Abbildung 6.1 fasst vereinfacht den Argumentationskontext zusammen, der dem Erhebungsteil der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt. Anstoss für diese Arbeit gaben die steigenden Kosten im Gesundheitswesen seit Beginn der 1990er Jahre. Obwohl der technische Fortschritt viele Einsparungen mit sich brachte, konnten die Kosten nicht eingedämmt werden. Gründe dafür sind unter anderem der steigende Pflegebedarf, aufgrund der älter werdenden Bevölkerung, die damit verbundene Multimorbidität und die grosse Zahl chronisch kranker Menschen. Um der Kostenexplosion Gegensteuer zu geben, wurden vermehrt Markt und Wettbewerb zur Steuerung eingesetzt. Das Problem dabei ist jedoch, dass auch Gesundheitswesen, die stark marktwirtschaftlich organisiert sind wie z.B. dasjenige der USA, Probleme haben, die steigenden Kosten in den Griff zu bekommen. Für eine effizientere Organisation in den Spitälern wurden im Speziellen die sogenannten DRGs eingeführt. Das Ziel dabei ist, durch eine erhöhte Standardisierung die Kosten zu kontrollieren und die Effizienz der Spitäler zu steigern. Es ist jedoch so, dass die Zeit, vor dem Hintergrund stetiger Effizienzüberlegungen, zu einer knappen Ressource geworden ist und immer wertvoller wird. Pflegeleistungen, die durch Menschen erbracht werden, sind zeitintensiv und folgedessen wertvoller. Doch trotz dieser Verteuerung menschlicher Arbeit ist die Zahl der stationären Pflegetage gesunken und die Lohnsumme der Pflege hat im Vergleich zur Ärzteschaft weniger zugenommen. Obwohl der Pflegebedarf stetig steigt, gilt die Pflege wie die Medikamente oder das Verbandsmaterial als Zwischenprodukt in der Behandlung und wird als Aufwand in den Berechnungen verbucht. Ein Kostentreiber, der in dieser ganzen Betrachtung fehlt, sind die Aufwendungen für die Personalrekrutierung und die Fluktuation von qualifiziertem Pflegepersonal. Mit dieser Problematik kämpfen Gesundheitswesen weltweit.

Die oben beschriebenen Problematiken sind jedoch nicht erst eine Erscheinung der 1990er Jahre – wie in Kapitel 4 „Historische Entwicklung des Pflegeberufs – eine Übersicht“ gezeigt – sondern zeichneten sich in der Vergangenheit wiederholt ab. Genannt seien an dieser Stelle nochmals zusammenfassend die Probleme der Zwei Klassen-Medizin, der Sparzwänge und Ökonomisierung im Gesundheitswesen, des Spannungsfelds zwischen Ärztinnen, Ärzten und Pflegenden sowie des Personalmangels im Gesundheitswesen. Abschliessend stehen sich im Zuge der Globalisierung ausserdem der Fortschritt der kapitalintensiven Biotechnologie und Pharmaindustrie, der nur dank dem Zugang zu globalen Märkten realisierbar war und die verringerte Deckungskongruenz industrialisierter Märkte und Räume staatlicher Regulierung gegenüber. Die obengenannten Entwicklungen haben dazu geführt, dass Pflegefachpersonen weltweit immer mehr unter Druck geraten. Sie müssen die Pflege in immer weniger Zeit ausführen und verbringen sehr viel Zeit mit administrativen Tätigkeiten. Die veränderten Rahmenbedingungen in der Gesellschaft und in den Spitälern hatten zur Folge, dass die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden im Vergleich zu anderen Berufsgruppen geringer ist und viele Pflegende aus dem Beruf aussteigen. Problematisch sind die hohen Fluktuationsraten insbesondere vor dem Hintergrund des steigenden Pflegebedarfs aufgrund der demographischen Ent-

wicklung in der Bevölkerung. Die Situation wird dadurch verschärft, dass zudem viele junge Pflegende aus dem Beruf aussteigen und so der Pflegenachwuchs fehlt. Ein Grund dafür kann sein, dass es für junge Pflegende immer schwieriger wird eine stabile berufliche Identität aufzubauen. Für junge und ältere resp. erfahrene Pflegende erschweren die Arbeitsbedingungen ausserdem, entsprechend ihrem Berufsethos handeln zu können. Deshalb werden im Rahmen dieser Arbeit mögliche Zusammenhänge von professioneller Identität, Berufsethos, Formen der Arbeitszufriedenheit und Kündigungabsicht empirisch untersucht. Im nächsten Kapitel wird einsteigend die Arbeitssituation in der Pflege nochmals kurz beleuchtet, bevor die theoretischen Grundlagen der vier eben erwähnten Konstrukte dargelegt werden. Ziel ist, mittels dieser Untersuchung, Hilfestellungen für die Arbeitsgestaltung der Pflege geben zu können.

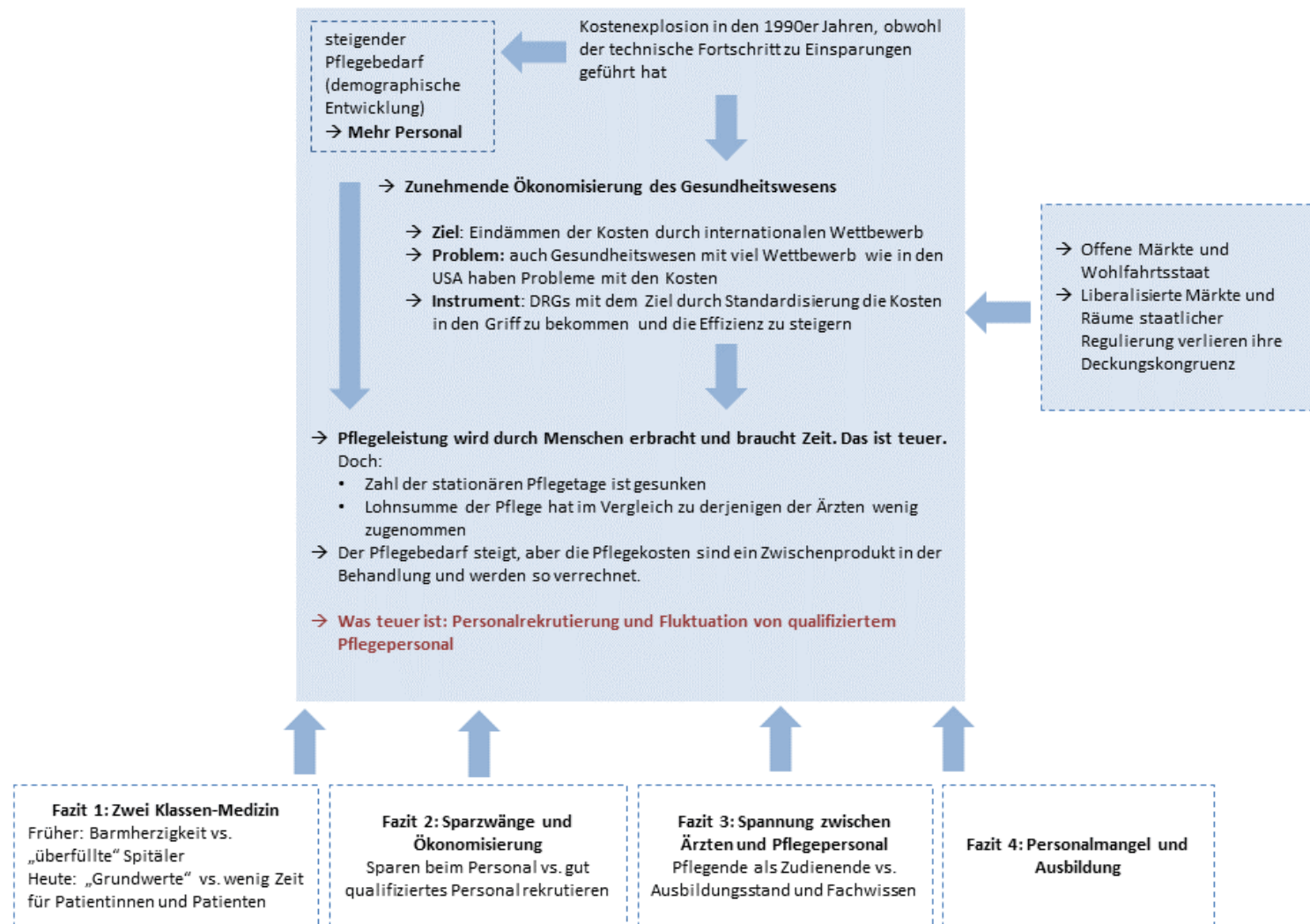


Abbildung 6.1: Fazit der historischen Entwicklung des Pflegeberufs im Kontext von Ökonomisierung und Globalisierung

# 7

## Theoretische Grundlagen

### 7.1 Einstieg

Weltweit steigen die Erwartungen der Patientinnen und Patienten an die Pflegequalität unaufhaltsam. Gleichzeitig wird es für viele Pflegefachpersonen im Zuge ökonomischer und bildungspolitischer Veränderungen immer schwieriger, ihre Rolle zu definieren. Obwohl die Patientenbedürfnisse in den Spitälern die höchste Priorität geniessen, beanspruchen administrative Aufgaben immer mehr Zeit und die Interaktionsdauer mit den Patientinnen und Patienten wird reduziert.<sup>1</sup>

*„I almost never have time to sit and listen to a patient or comfort them emotionally. I felt like they only see me pass pills.“<sup>2</sup>*

Pflegefachpersonen unterstützen Menschen in den schwierigsten Lebenssituationen und auf vielfältige Weise.<sup>3</sup> Die Arbeit in der Pflege birgt deshalb das Potential emotionaler „Belohnung“ und Befriedigung, aber auch das Risiko emotionaler Erschöpfung und Stress. Da nie vorhersehbar ist, wann ein medizinischer oder nicht-medizinischer Notfall eintritt, sind Pflegefachkräfte in stetiger Alarmbereitschaft.<sup>4</sup> Dieser Stress wird verstärkt, weil Spitäler zunehmend effektiv und effizient arbeiten müssen. Dazu gehört eine spezifische Bürokratie und entsprechendes bürokratisches Handeln. Die bürokratischen Ansprüche werden jedoch von den Betroffenen häufig als Belastung empfunden, „die vom unmittelbaren medizinischen Bemühen um den Patienten zu dessen Schaden abhält“.<sup>5</sup> Der pflegerische Alltag in der Schweiz hat sich – wie in den vorangegangenen Kapiteln dargelegt – auch durch die Einführung der DRGs stark verändert. Die Aufgaben und Anforderungen an die Pflege haben sich unter anderem dahingehend gewandelt, dass zunehmend betriebswirtschaftliche und ökonomische Aspekte in den Arbeitsprozessen berücksichtigt werden müssen. Vermehrt kommen zur Arbeit in der direkten Pflege administrative Tätigkeiten dazu. Das erhöht die Arbeitsbelastung der Pflegenden und hat Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten.<sup>6</sup> So fehlt die Zeit für die Hauptpflege

---

<sup>1</sup>Morrison & Korol, 2014

<sup>2</sup>Fletcher, 2001

<sup>3</sup>Ulrich et al., 2007

<sup>4</sup>Morrison & Korol, 2014

<sup>5</sup>Schmidt-Wilcke, 2013

<sup>6</sup>Kleinknecht-Dolf et al., 2012; Trivellas et al., 2013; Fletcher, 2001; Ulrich et al., 2007

(9%), die Mundpflege (9%), die Schulung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen (24%) und für das Caring sowie das Führen von Gesprächen (45%), die Pflegeplanung (21%) und für die „*Austrittsplanung in der letzten Arbeitsschicht*“ (11%).<sup>7</sup>

Diese Spannungsfelder sind kein Novum. Pflegefachpersonen waren auch in der Vergangenheit mit berufspolitischen Herausforderungen konfrontiert. So war in der Ausbildung der 1960er und 1970er Jahre die Spannung zwischen *care* und *cure* stark präsent – also die Spannung zwischen der Fürsorge für die Patientinnen und Patienten und der Berücksichtigung medizinischen Wissens. Überdies birgt der Teamkontext weitere Herausforderungen: die Rolle der Pflege beinhaltet nach wie vor die Pflege am Patientenbett, aber auch vermehrt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren Betreuungspersonen und die Koordination der Pflege über das ganze Kontinuum der Leistungserbringung. Die vielfältige Verantwortung fordert die gleichzeitige Berücksichtigung von multiplen Patientenbedürfnissen, Anliegen von Angehörigen und Teammitgliedern. Ausserdem müssen Pflegefachpersonen Fürsorge, Wissen und Fähigkeiten in ihre Arbeit integrieren. Das alles in einem Kontext, in dem wenig Zeit zu Verfügung steht.<sup>8</sup>

Als Folge kann ein Rollenkonflikt entstehen, wenn Pflegende innerhalb der betrieblichen Einschränkungen und des ökonomischen Kontexts im Gesundheitswesen qualitativ hochstehende Pflegearbeit leisten möchten.<sup>9</sup> Deshalb interessiert in dieser Arbeit die berufliche Identität von Pflegefachkräften und ihr Berufsethos im Kontext des veränderten Arbeitsalltags. Unter anderem auch, weil die Bezeichnung „*Pflegende*“ eine bedeutende Komponente der Identität einer Pflegefachperson darstellt und es zu einer existentiellen Krise führen kann, wenn die Arbeitszufriedenheit nicht mehr gegeben und die Arbeitsbelastung sehr hoch sind.<sup>10</sup> Alles Faktoren, die zu Kündigungen oder zum Ausstieg aus dem Beruf führen können.

## 7.2 Berufliche Identität von Pflegefachpersonen

Durch die Professionalisierung der Pflege haben sich Pflegefachpersonen weltweit zu Expertinnen und Experten mit einem grossen Fachwissen gewandelt. Doch trotz dieser Entwicklung haben Studien gezeigt, dass die Anerkennung dieser Fähigkeiten bei einem Grossteil der Bevölkerung noch nicht gegeben ist. Vorurteile<sup>11</sup> sind fortwährend stark präsent. Diese beschreiben Pflegefachpersonen nach wie vor als Zuhilfenahmende der Ärzteschaft. In den letzten 30 Jahren machte der Pflegeberuf jedoch eindrucksvolle Fortschritte: die Profession hat die Ausbildungen weiterentwickelt; Bachelor-, Master- oder Dokortitel können auf Universitätsniveau erreicht werden und auch in der Pflegeforschung

---

<sup>7</sup>Schubert et al., 2005

<sup>8</sup>Apker et al., 2005; Deppoliti, 2008

<sup>9</sup>Apker et al., 2005; Deppoliti, 2008

<sup>10</sup>Morrison & Korol, 2014

<sup>11</sup>„A stereotype can be defined as ‘a cognitive representation or impression of a social group that people form by associating particular characteristics and emotions with the group.’“ (ten Hoeve et al., 2014)

und -praxis fanden viele Veränderungen und Entwicklungen statt.<sup>12</sup> Der technologische Fortschritt in der Medizin, die Veränderung der Altersstruktur und die zunehmende Marktorientierung im Gesundheitswesen haben das Bedürfnis nach kompetenten Pflegefachpersonen und qualitativ hochstehender Pflege geweckt.<sup>13</sup> Überdies ist die Bevölkerung informierter über ihre Gesundheitsbedürfnisse, die medizinischen Möglichkeiten und tritt mit gestiegenen Erwartungen an das Gesundheitspersonal heran. Gleichzeitig entfernt die Modernisierung im Arbeitsalltag die Pflegenden immer mehr von der direkten Patientenpflege hin zu Rollen, wo Leadership zunehmend an Bedeutung gewinnt.<sup>14</sup> Während in den 1990er Jahren die Qualitätsverbesserungen hauptsächlich an der Kostenreduktion des Pflegeprozesses ansetzten und der Idee, dass Pflegende mehr Verantwortung übernehmen sollten – zusammen mit einer Weiterentwicklung der Pflegerolle und dem Status der Pflege – braucht es heute vermehrt ein Verständnis dafür, wie die berufliche Identität entsteht und wie die Auszubildenden in diesem Prozess unterstützt werden können. Dies, damit Pflegende langfristig im Beruf gehalten werden können.<sup>15</sup> Dieser Bedarf wird durch die Veränderungen in der Pflegearbeit sowie den weltweiten Personalmangel im Gesundheitswesen vor bisher ungekannte Herausforderungen für Pflegende, Arbeitgebende und Ausbildungsstätten gestellt.<sup>16</sup> So gehen Ingersoll et al. (2002) von einem Rückgang von 40% aus, eine Pflegekarriere zu wählen. Dies steht mit den niedrigen Löhnen und der wachsenden Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen in Zusammenhang.<sup>17</sup> Die Führungskräfte im Gesundheitswesen sind sich einig, dass der aktuelle Personalmangel einen negativen Einfluss auf das Praxisfeld der Pflege hat, die Möglichkeit Pflegekräfte im Betrieb oder Beruf zu halten sowie neue Pflegende zu rekrutieren und für junge Pflegefachkräfte Voraussetzungen zu schaffen, die die Entwicklung einer beruflichen Identität ermöglichen.<sup>18</sup> Da hinein spielt – nebst weiteren Faktoren – die Motivation, den Pflegeberuf zu ergreifen. Ein Grund, den Pflegeberuf zu wählen, ist das Bedürfnis „helfen zu wollen“. Diesem Anliegen in der Praxis gerecht zu werden, wird mit zunehmendem Zeitdruck und Personalmangel schwierig. Das daraus entstehende Spannungsfeld erzeugt weiteren Druck und Unbehagen. Dies zeigten Fletcher (2001) in ihrer Studie und die Interviews, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurden, stützen dies.

*„[...] Ich habe relativ bald gemerkt, dass es ein gutes Gefühl ist, einerseits jemandem zu helfen, jemandem Unterstützung zu geben. Gleichzeitig was man auch vom Patienten zurückbekommt. Das habe ich relativ bald gemerkt. Dass wenn man es wirklich ernst meint und wirklich probiert auf den Patienten einzugehen, möglichst individuell auf ihn einzugehen, dass sehr viel auch zurückkommt, sehr viel Dankbarkeit. Und ich bin halt auch der Meinung, [...]*

<sup>12</sup>Ten Hoeve et. al., 2014; Willetts & Clarke, 2014; Andrew, 2012; Scholes, 2008; Björkström et al., 2008

<sup>13</sup>Cook et al., 2003; Björkström et al., 2008

<sup>14</sup>Scholes, 2008

<sup>15</sup>Cook et al., 2003; Björkström et al., 2008

<sup>16</sup>Cook et al., 2003; Björkström et al., 2008

<sup>17</sup>Ingersoll et al., 2002

<sup>18</sup>West, Griffith & Iphofen, 2007



*dass je nachdem wie man umgeht mit dem Patient, wie man mit dem Patienten spricht, dass man auch seinen Heilungsverlauf fördern kann.“ (Interview 5, Pflegefachmann)*

### 7.2.1 Definition berufliche Identität

Der Begriff „berufliche Identität“ wird in der Literatur nicht immer klar definiert. Manchmal wird er mit dem Begriff des *Selbstkonzepts* kombiniert. Das Selbstkonzept und die berufliche Identität sind allerdings zwei unterschiedliche psychologische Konstrukte. Das Selbstkonzept ist definiert als persönliches Verständnis der individuellen Attribute als soziale, physische und kognitive Person. Es beinhaltet, wie wir über uns denken und fühlen – das sind verschiedene Formen von Selbstwahrnehmung, Wert, Vertrauen und Wertschätzung sich selbst gegenüber. Einige Forscherinnen und Forscher verwenden überdies die Begriffe *Selbstvertrauen* und *Selbstwert* als austauschbare Begriffe für den Term des Selbstkonzepts. Der Selbstwert ist allerdings, im Gegensatz zum Selbstkonzept, eine emotionale Evaluation seiner selbst. Dagegen wird der Begriff berufliche Identität häufig im Zusammenhang mit der Karriereidentität, der Professionalisierung und der Wahrnehmung der Rolle als Pflegefachperson verwendet.<sup>19</sup>

Die berufliche Identität als Teil der gesamten Identität beschreibt das Bild, das jemand von seinem Beruf und seiner eigenen Rolle in diesem Beruf hat (z.B. „*was es heisst, eine Pflegefachperson zu sein*“). Prägend dafür sind der Stellenwert des Berufs in der Gesellschaft, der Umgang mit anderen Menschen im Berufsfeld oder die Werte und moralischen Ansichten, die man als Angehöriger eines Berufs vertritt (vgl. *Berufsethos*).<sup>20</sup>

Die berufliche Identität unterstützt die Entwicklung von essentiellen Aspekten des Selbsts von der Adoleszenz bis ins Pensionsalter und entsteht in einer Wechselwirkung von Arbeit resp. Beruf und Person. Sie wird über verschiedene Phasen des Arbeitslebens hinweg konstruiert.<sup>21</sup> Die berufliche Identität ist das Resultat der Internalisierung von Fachwissen, Fähigkeiten, Einstellungen, Werten und ethischen Standards sowie der Integration dieser in die persönliche Identität und das praktische Handeln.<sup>22</sup> Die berufliche Identität widerspiegelt die Philosophie der Pflege und ist ein Referenzrahmen für die Pflegepraxis, in Bezug auf die relevanten Probleme, Ziele und Ansätze.<sup>23</sup>

Im Folgenden sind einige gängige Definitionen für die berufliche Identität aufgeführt:

*„A person’s professional identity is a component of their overall identity and is augmented by their ‘position within society’, ‘interactions with others’ and their ‘interpretations of experiences’. It is a sense of self that is derived and*

<sup>19</sup> Johnson et al., 2012; Fagermoen, 1997

<sup>20</sup> Adams et al., 2006; Okura et al., 2013; Johnson et al., 2012

<sup>21</sup> Johnson et al., 2012; Fischer, 2014

<sup>22</sup> Cowin et al., 2013; Öhlén & Segesten, 1998

<sup>23</sup> Fagermoen, 1997

*perceived from the role we take on in the work that we do.*<sup>24</sup>

*„Professional identity, as one form of social identity, concerns group interactions in the workplace and relates to how people compare and differentiate themselves from other professional groups. Professional identity develops over time and involves gaining insight into professional practices and the development of the talents and the values of the profession. It can be described as the attitudes, values, knowledge, beliefs and skills that are shared with others within a professional group and relates to the professional role being undertaken by the individual, and thus is a matter of the subjective self-conceptualization associated with the work role adopted.*“<sup>25</sup>

*„[...] professional identity refers to the actualization of the values of dignity, personhood, being a fellow human, and reciprocal trust, which depicts nursing as a human and moral practice concerned with providing personalized care to patients; that is, working as nurses maintains and enhances their self-concepts both as nurses and persons.*“<sup>26</sup>

Zwei Theorien zu beruflicher Identität sind in der Literatur verbreitet. Die *„Psychosoziale Theorie von Erickson“* und die *„Theorie der Persönlichkeitstypologien von Holland“*.<sup>27</sup> Ebenfalls diskutiert wurde in der Literatur die *„Social Identity Theorie von Tajfel und Turner (1986)“*. Sie besagt, dass das Selbstkonzept („Wie wir über uns selbst denken“) eines Individuums oder einer Gruppe vom wahrgenommen Bild dieser Gruppe in der Öffentlichkeit beeinflusst wird. Dies konnte beispielsweise für das Selbstkonzept der Pflege in verschiedenen Studien bestätigt werden. Für eine ausführliche Beschreibung dieser Theorien wird auf die Fachliteratur verwiesen.<sup>28</sup>

### 7.2.2 Befundlage berufliche Identität von Pflegefachpersonen

Traditionellerweise beschäftigt sich die Forschung zur beruflichen Identität mit der Sozialisation als Ursprung von distinkten und funktionalen beruflichen Identitäten.<sup>29</sup> Deshalb wird an dieser Stelle einsteigend der Begriff *Sozialisationsprozess* im Berufskontext erläutert. Ausgangslage für die Entwicklung der beruflichen Identität sind die Einstellungen zum Beruf, die bereits vor der Ausbildung bestehen. Diese sind nicht zwingend realistisch (z.B. *Ärztinnen und Ärzte geben vor, wie zu pflegen ist* oder *der Pflegeberuf ist ohne Prestige*).<sup>30</sup> In der Forschung besteht ein Konsens darüber, dass der Sozialisationsprozess mit der Ausbildung beginnt und dass sich die berufliche Identität über das ganze

---

<sup>24</sup>Johnson et al., 2012

<sup>25</sup>Adams et al., 2006

<sup>26</sup>Okura et al., 2013

<sup>27</sup>siehe dazu Holland et al., 1973 oder Johnson et al., 2012

<sup>28</sup>Ten Hoeve et al., 2014

<sup>29</sup>Barbour & Lammers, 2015

<sup>30</sup>Cowin et al., 2013; Johnson et al., 2012

Berufsleben hinweg verändert.<sup>31</sup> Auszubildende erleben die tatsächliche Arbeit in der Pflege oft schwieriger als erwartet und empfinden die politischen Problemstellungen und die Arbeitsbedingungen als belastend.<sup>32</sup> Dieser Umstand wird einerseits durch persönliche Einstellungen und andererseits von externen Faktoren wie dem Arbeitsalltag, der Ausbildung, dem Umgang mit Arbeitskolleginnen und -kollegen oder den Veränderungen im Arbeitsumfeld bedingt.<sup>33</sup>

*„Professional socialization is the complex process by which a person acquires the knowledge, skills, and sense of occupational identity that are characteristic of a member of that profession. It involves the internalization of the values and norms of the group into the person’s own behaviour and selfconception.“<sup>34</sup>*

Im Folgenden werden kurz zwei mögliche Prozesse der Identitätsbildung illustriert, um den Sozialisationsprozess zu veranschaulichen.

Okura et al. (2013) beispielsweise unterscheiden fünf verschiedene Phasen. Anfänglich werden über die ersten drei Phasen die persönliche Bedeutung des Berufs verifiziert (Phase 1), die Identität von Teammitgliedern „ausgeliehen“ (Phase 2) und in der Anerkennung der geleisteten Arbeit gefestigt (Phase 3). In der vierten Phase, nach rund zehn Jahren Berufserfahrung kann die berufliche Identität wieder instabil werden. Sie wird allerdings in der letzten Phase, wenn die Person zur Expertise gelangt, wieder gefestigt.

Du Toit unterscheidet im Sozialisationsprozess im Gegensatz zu Okura et al. (2013) nur drei Phasen: Die *Präsozialisationsphase* beginnt mit der sekundären Ausbildung und steht im Zusammenhang mit den Werten und Einstellungen der Adoleszenz sowie mit dem Berufsbild, welches in der Gesellschaft vorherrschend ist. Die *formale Sozialisation* setzt mit dem Berufstraining ein. Die Phase der *Postsozialisation* schliesslich bezieht sich auf die Periode vor der Pensionierung.<sup>35</sup>

Da sich der Sozialisationsprozess über die ganze Laufbahn hinweg erstreckt, ist die berufliche Identität von Pflegenden nicht statisch, sondern entwickelt und verändert sich stetig.<sup>36</sup> Der Ausbildung kommt in der Vorbereitung auf die Anforderungen der Pflegepraxis – gerade im Kontext des Personalmangels – eine immer wichtigere Rolle zu. Ausbildungsstätten müssen Programme anbieten, die Praktikerinnen und Praktiker mit den notwendigen Kompetenzen ausstatten und sie befähigen auf praktische Herausforderungen reagieren zu können.<sup>37</sup> Durch die Vermittlung von theoretischen Grundlagen

---

<sup>31</sup>Adams et al., 2006; Fagermoen, 1997; Johnson et al., 2012; Cowin et al., 2013; Doane, 2002; Dimitriadou et al., 2013; Fagerberg & Kiehlgren, 2001

<sup>32</sup>Deppoliti, 2008

<sup>33</sup>Adams et al., 2006; Fagermoen, 1997; Johnson et al., 2012; Cowin et al., 2013; Doane, 2002; Dimitriadou et al., 2013

<sup>34</sup>Adams et al., 2006

<sup>35</sup>Dimitriadou et al., 2013

<sup>36</sup>Cowin et al., 2013; Doane, 2002; Johnson et al., 2012

<sup>37</sup>Scholes, 2008

und durch erste Praxiserfahrungen vollzieht sich die Sozialisation.<sup>38</sup> Absolventinnen und Absolventen zeigen ein fragiles Selbstbewusstsein und einen fragilen beruflichen Selbstwert, deshalb können Sozialisationsprogramme einen Unterschied machen, ob diese im Beruf bleiben oder kündigen.<sup>39</sup>

*Hypothese H.1: Die untersuchten Altersgruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausprägung der beruflichen Identität.*

*Hypothese H.2: Der Zusammenhang von beruflicher Identität und Kündigungsabsicht wird von der Variable Alter moderiert.*

Absolventinnen und Absolventen bilden ihre berufliche Identität über Beziehungen, Verantwortung und ständiges Lernen.<sup>40</sup> Wichtiger Bestandteil des Prozesses der Identitätsbildung ist die Internalisierung von Werten, Normen und ethischen Standards, da die Entwicklung zum sozialen Wesen die Entwicklung als moralisches Wesen beinhaltet.<sup>41</sup> Im Sozialisationsprozess kann es zu einem Konflikt der bestehenden Werte mit den, in der Ausbildung, vermittelten Werten kommen. Früher wurden Gehorsam, Respekt vor Autorität und Loyalität im Team gelehrt. Heute gelten das persönliche Verständnis seiner Selbst und die Bildung einer eigenen Identität als wichtig für die Entwicklung der beruflichen Identität.<sup>42</sup> Der erwähnte Wertekonflikt ist beeinflusst durch (1) unrealistische Erwartungen an den Berufsalltag, (2) Mangel an Wissen und Fähigkeiten die Arbeit erledigen zu können, (3) fehlende emotionale Vorbereitung und Selbstverständnis den Erwartungen im Arbeitsalltag gerecht zu werden und (4) mangelnde Unterstützung um mit den obengenannten Ansprüchen umgehen zu können.<sup>43</sup>

Erfahrene Pflegende sagen, dass sich ihre berufliche Identität als Folge von Veränderungen im Berufsalltag gewandelt hat – beispielsweise durch Dissonanzen zwischen den eigenen Erwartungen und den Erfahrungen im Arbeitsalltag. Die berufliche Identität entsteht in Perioden des Aushaltens, ist von Unterbrechungen gekennzeichnet und setzt sich zusammen aus zwischenmenschlichen Beziehungen, die im Leben gegenwärtig von Bedeutung sind. In der Praxis entsteht sie im Austausch und in Verhandlungen mit sich selbst, mit anderen und im Kontext einer sozialen Organisation, das beinhaltet auch die Beobachtung von Rollen und Funktionen im Arbeitskontext.<sup>44</sup> Erfahrungen werden sortiert, was dazu beiträgt, wie Pflegefachpersonen sich selbst wahrnehmen und wie ihre professionelle mit ihrer persönlichen Identität übereinstimmt.<sup>45</sup> Auch globale demographische Veränderungen, wie die alternde Population, kulturelle Veränderungen und die Globalisierung mit den wachsenden Anforderungen und ihrem Einfluss auf nationa-

<sup>38</sup>Cowin et al., 2013; Johnson et al., 2012

<sup>39</sup>Cowin, 2001; Worthington et al., 2013; Sabanciogullari & Dogan, 2015; Johnson et al., 2012

<sup>40</sup>Cowin et al., 2013; Johnson et al., 2012

<sup>41</sup>Fagermoen, 1997

<sup>42</sup>Johnson et al., 2012

<sup>43</sup>Scholes, 2008

<sup>44</sup>Cowin et al., 2013; Doane, 2002; Johnson et al., 2012

<sup>45</sup>Doane, 2002

le Bestimmungen haben – wie erwähnt – einen Einfluss auf die berufliche Identität.<sup>46</sup> Ein Arbeitsumfeld, das dominiert wird von medizinischen und ökonomischen Werten marginalisiert die Perspektive der Pflege und kann zu einem Umfeld führen, das „*moralisch unbewohnbar*“ wird. Die humanitären/menschenfreundlichen Vorteile der Arbeit verschwinden zunehmend und werden nicht gleich gewichtet und gewertet, weil die Kompensation lediglich über Bezahlung oder bezahlte Überzeit abgegolten wird, um diesen Mangel zu kompensieren.<sup>47</sup> Auch diesen Veränderungen wird im Rahmen dieser Arbeit Rechnung getragen, indem Zusammenhänge der beruflichen Identität mit dem Berufsalltag ermittelt werden (siehe dazu Hypothese H.4). Obwohl diese äusseren Einflüsse die berufliche Identität prägen, ist es letztlich das Individuum, das die berufliche Identität konstruiert und verändert.<sup>48</sup>

Neben dem Sozialisationsprozess der beruflichen Identität im Pflegeberuf und der damit verbundenen Internalisierung von beruflichen Werten werden in der Forschung weitere Einflussfaktoren diskutiert. Im Folgenden kann nicht auf alle Befunde eingegangen werden. Deshalb werden exemplarisch einige Beispiele erläutert.

Die Forschung beginnend in den 1990er Jahren zeigt, dass die berufliche Identität eine unter vielen Identitäten ist, die wir im Berufsalltag erleben und sie sich grundlegend von Gruppen- oder Organisationsidentitäten unterscheidet. Das Ziel der Forschung war lange, den institutionellen Charakter der professionellen Identität messen und verstehen zu können, weil das Konstrukt der beruflichen Identität eine Herzensangelegenheit anspricht – nämlich, was es heisst, Angehörige einer bestimmten Berufsgruppe zu sein.<sup>49</sup> Barbour & Lammers (2015) führen in ihrer Literaturreview zur professionellen Identität aus, dass die Anbindung an eine Gruppe das Gefühl von Zusammengehörigkeit vermittelt und eine Trennung von der Gruppe Kosten mit sich bringt. Zugehörigkeit und Bindung<sup>50</sup> sind exemplarisch für alle Berufe, Gruppen oder Organisationen. Damit sich diese jedoch einstellen, braucht es eine Übereinstimmung der Grundhaltung der Arbeit. Die Ansichten sind spezifisch für jeden Beruf und entwickeln sich abhängig vom Institutionalisierungsgrad der Profession.<sup>51</sup> Die berufliche Identität umfasst nebst einem Repertoire an Verhaltensweisen auch das Wissen über andere, wer sie sind, wie sie handeln, ihre Motive und Sprache. Das beinhaltet allerdings auch, dass man sich seiner Profession sehr verbunden fühlen und trotzdem andere Ansichten darüber haben kann, was angemessene Handlungen sind.<sup>52</sup> Weiter schreiben Barbour & Lammers

---

<sup>46</sup>Johnson et al., 2012

<sup>47</sup>West, Griffith & Iphofen, 2007

<sup>48</sup>Cowin et al., 2013; Doane, 2002; Johnson et al., 2012

<sup>49</sup>Barbour & Lammers, 2015

<sup>50</sup>„Die emotionale Bindung ist ein „psychologisches Band“, welches eine Person mit einer Organisation, einer Führungskraft oder einem Team verbindet [...] Personen mit einer hohen emotionalen Bindung bleiben in der Organisation, weil sie es wollen und wünschen. Es besteht eine hohe Übereinstimmung der eigenen Werte und der Werte der Organisation.“ (Graf et al., 2015, 20)

<sup>51</sup>Studien untersuchen in der Regel die berufliche Identität nur bei einer Berufsgruppe. Deshalb gibt es wenig Aussagen über die Unterschiede zwischen Berufen.

<sup>52</sup>Barbour & Lammers, 2015

(2015), dass Berufsangehörige mit gleichen Ansichten in der Regel ähnliche Organisationen als Arbeitgeberin wählen.<sup>53</sup> Ähnliche Organisationen wiederum sozialisieren die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in ähnlicher Weise. Barbour & Lammers (2015) folgern daraus, dass die Erfassung von Grundhaltungen der Schlüssel zum Verständnis der beruflichen Identität ist.<sup>54</sup> Deshalb werden in der vorliegenden Arbeit sowohl das Berufsethos als auch die berufliche Identität erhoben und mögliche Zusammenhänge untersucht.

*Hypothese H.3: Die berufliche Identität korreliert positiv mit dem Berufsethos von Pflegefachpersonen.*

Die Auseinandersetzung mit der beruflichen Identität kann zudem zu einem besseren Verständnis der Interaktion von Arbeit und Identität führen.<sup>55</sup>

*Hypothese H.4: Die berufliche Identität korreliert mit den Aussagen zum Berufsalltag in der Pflege.*

Für die Entwicklung einer beruflichen Identität braucht es darüber hinaus eine Integration von persönlichen Werten mit den Normen<sup>56</sup> der Profession. Diese Entwicklung beinhaltet eine kritische Bindung der persönlichen Identität an das berufliche Selbst. Diese Bindung bedingt, dass die berufliche Identität zu persönlicher, sozialer und beruflicher Erfüllung führen kann.<sup>57</sup> Verschiedene Studien zeigten, dass bei Pflegefachpersonen, die eine ausgeprägte berufliche Identität haben, die Arbeitszufriedenheit höher ist.<sup>58</sup> Eine Pflegefachperson mit einer ausgeprägten beruflichen Identität arbeitet in der Regel in Harmonie mit den Berufswerten, dem ethischen Kodex und ist sich bewusst, dass sie diese in ihrer Rolle erfüllt. Die Harmonie mit den beruflichen Werten kann das Arbeitsumfeld positiv beeinflussen und möglicherweise die Rolle der Pflege erweitern, was wiederum die Arbeitszufriedenheit erhöhen kann.<sup>59</sup>

*Hypothese H.5.a: Die berufliche Identität korreliert positiv mit der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit.*

<sup>53</sup>Barbour & Lammers, 2015; Cowin et al., 2013

<sup>54</sup>Barbour & Lammers, 2015

<sup>55</sup>Barbour & Lammers, 2015

<sup>56</sup>„Werten und Normen kann nicht die Qualität „objektiv richtig“ oder „objektiv gut“ zukommen. Sie sind auch weder als vor dem Menschen vorhanden noch als unabhängig von diesem denkbar. Sie haben immer etwas mit dem Menschen, der sie für wahr und richtig erachtet, und seiner Biographie zu tun. Der Mensch hat sie via Sozialisation erworben. Sie bestimmen sein ganzes Handeln, auch wenn er sich ihrer nicht immer bewusst ist. Der Mensch ist aber in der Lage – und das zählt zum spezifisch Menschlichen –, sich die sein Handeln bestimmenden Werte und Normen bewusst zu machen, sie zu reflektieren und auch gegebenenfalls zu modifizieren.“ (Schreiner, 2001, 19)

<sup>57</sup>Cowin et al., 2013

<sup>58</sup>Sabanciogullari & Dogan, 2015; Johnson et al., 2012

<sup>59</sup>Sabanciogullari & Dogan, 2015

*Hypothese H.5.b: Die berufliche Identität korreliert negativ mit der konstruktiven sowie der fixierten Arbeitsunzufriedenheit und mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.*

*Hypothese H.6: Die berufliche Identität korreliert positiv mit zufriedenheitsauslösenden Situationen.*

Doch weshalb stellen die Umwälzungen im Gesundheitswesen eine solche Herausforderungen für den Pflegeberuf im Allgemeinen und die berufliche Identität im Speziellen dar? Durch die Modernisierung und den Personalmangel im Gesundheitswesen werden die grundlegenden Pflegearbeiten zunehmend an unterstützendes Hilfspersonal delegiert. So gibt es weniger qualifizierte Pflegende, die Auszubildende und Hilfskräfte unterstützen, was die Entwicklung einer starken beruflichen Identität schwächt, da in der Praxis die Vorbilder fehlen. Darüber hinaus werden viele Werte theoretisch vermittelt, doch in der praktischen Arbeit haben sie zu wenig Platz.<sup>60</sup> Die Praxis ist ein Lernkontext, wo Pflegende sich gegenseitig unterstützen und voneinander lernen.<sup>61</sup> Fehlt Personal, dann fehlt auch die Zeit für den Erfahrungsaustausch und das gegenseitige Lernen. Die Problematik der beruflichen Identität der Pflege ergibt sich daher überdies durch die fehlende Verknüpfung von theoretischer Ausbildung und klinischer Tätigkeit.<sup>62</sup> Neben dem Konflikt in der Fürsorge<sup>63</sup> (care<sup>64</sup>-cure), der Beziehung von Pflege und Ärzteschaft und der stetigen Weiterentwicklung steht eine Pflegefachperson heute grosser Verantwortung für die Patientinnen und Patienten, Macht- und Autoritätskonflikten in einem patriarchalischen System, der Notwendigkeit stetiger Weiterbildung und vielfältigen Beziehungen am Arbeitsplatz gegenüber.<sup>65</sup> Die Bedeutung von multiprofessionellen Teams im Gesundheits- und Sozialwesen hat im Zuge der Modernisierung stark zugenommen. Damit eine solche Zusammenarbeit funktioniert, müssen die Teammitglieder flexibler

---

<sup>60</sup>Scholes, 2008

<sup>61</sup>Fagerberg, 2004

<sup>62</sup>Marañón & Pera, 2015

<sup>63</sup>Ein weiterer Faktor, der die berufliche Identität der Pflege beeinflusst, ist, das Konzept des Caring. Pflegefachpersonen sehen Caring als Teil ihrer beruflichen Identität. In der Bevölkerung gilt dies aber als unprofessionell und typisch weibliche Eigenschaft. (Ten Hoeve et al., 2014)

<sup>64</sup>Caring bedeutet, sich um andere zu sorgen, sich mit Wertschätzung auf jemanden einzulassen. Es geht um Engagement, Mitgefühl und Vertrauen, um den menschlichen Beistand in der Pflege. Die Umschreibung des Begriffs ist aber ungenügend, deshalb ist Caring aus verschiedenen pflegewissenschaftlichen Blickwinkeln betrachtet worden. Für Benner (1984) setzen exzellente Leistungen in der Pflege Können, Wissen und Fachkompetenz voraus. Aber ebenso wichtig ist Engagement, innere Beteiligung und mitmenschliche Anteilnahme, eben Caring, und die daraus resultierende Kraft und Stärke. Swanson (1991) entwickelt eine «Middle Range Theory» of Caring. Sie sieht Caring als Beziehung, in der Gesundheit und Wachstum möglich werden und der andere Mensch, gegenüber dem man ein persönliches Gefühl von Verbundenheit und Verantwortung spürt, Wertschätzung erfährt. Swanson (1993) beschreibt Pflege als informiertes Caring. Das Ziel der Caring-Prozesse ist das Wohlbefinden der Klientinnen und Klienten, also das Erreichen der beabsichtigten Resultate und Ergebnisse, der Beabsichtigte Outcome. (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI, 2011, 37)

<sup>65</sup>Deppoliti, 2008

sein und ein grösseres gegenseitiges Verständnis aufbringen.<sup>66</sup> Diese Elemente können gleichzeitig Herausforderung und Unterstützung sein und beeinflussen die Entwicklung der beruflichen Identität ebenfalls.<sup>67</sup>

### Exkurs: Teamarbeit

In einem kurzen Einschub möchte ich auf das Wesen der Teamarbeit eingehen: Teamarbeit ist immer ein miteinander, denn bei der Arbeit steht man immer im Zusammenhang mit der Leistung anderer. Doch *„Menschen, die miteinander arbeiten, sind einander ebenbürtig“*. Sie sind in der Arbeit, die sie leisten sicher unterschiedlich. Doch Gronemeyer (2012) beschreibt sehr schön:

*„Aber diese Unterschiedlichkeit begründet keine Hierarchie. Wenn alle Beiträge zur Erfüllung einer Aufgabe unverzichtbar sind und die Leistung jedes Einzelnen benötigt wird, dann ist keine Arbeit höherwertig als die andere und auch kein Arbeiter höherwertiger als der andere, da ja alle aufeinander angewiesen sind. Mitarbeit ist also ein Miteinander von Ebenbürtigen, die zur Erfüllung der Gesamtaufgabe Unterschiedliches, aber Gleichwertiges beisteuern. In einem Mitarbeiterverhältnis gilt daher nicht das Prinzip der Konkurrenz, sondern das der Komplementarität.“* (Gronemeyer, 2012, 33f)

Heute werden zwar Kooperation und Interdisziplinarität im Arbeitsalltag immer wichtiger, doch die Fachgebiete spezialisieren sich immer mehr und *„an die Stelle von Personen, die miteinander agieren, treten Programme, die das Zusammenwirken von Teilfunktionen immer präziser regeln“* (Gronemeyer, 2012, 57).

Es existieren viele Publikationen zum Sozialisationsprozess von Pflegenden.<sup>68</sup> Neuere Studien ab dem Jahr 2000 beschäftigen sich mit der Natur der Profession, der Verhandlung über die professionelle Identität in einem Kommunikationsprozess, mit Prestige und Geschlecht<sup>69</sup> oder mit der Rolle der beruflichen Identität in der Führung.<sup>70</sup> Trotzdem ist die theoretische Literatur zur beruflichen Identität in der Pflege beschränkt.<sup>71</sup>

*Hypothese H.7: Die befragten Pflegefachpersonen unterscheiden sich in Bezug auf ihr Geschlecht in der beruflichen Identität.*

*Hypothese H.8: Die berufliche Identität korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.*

---

<sup>66</sup> Adams et al., 2006

<sup>67</sup> Deppoliti, 2008

<sup>68</sup> Johnson et al., 2012

<sup>69</sup> In früherer Forschung konnte gezeigt werden, dass männliche Pflegestudenten eine tiefere berufliche Identität haben als weibliche. (Worthington et al., 2013)

<sup>70</sup> Barbour & Lammers, 2015

<sup>71</sup> Johnson et al., 2012



Zusammengefasst kann man schlussfolgern, dass Berufe einen tiefgreifenden Einfluss auf die Aktivitäten in Organisationen, auf die Karrieren und auf die Identität der darin Tätigen haben.<sup>72</sup> Die aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen stellen die grundlegenden Annahmen, was es heisst, eine Pflegefachperson zu sein und ihre Rolle an der Seite der Patientinnen und Patienten auf die Probe. Das wiederum führt zu einer Krise zwischen Theorie und Praxis resp. zu einer Identitätskrise.<sup>73</sup> Die berufliche Identität ist deshalb ein wichtiges Konzept, da sie uns in der Konstruktion von wichtigen Aspekten unseres Seins unterstützt.<sup>74</sup>

### 7.2.3 Verwendete Skala zur quantitativen Erfassung der beruflichen Identität

Die berufliche Identität wurde mit den Skalen von Adams et al. (2006) und Hao et al. (2014) erhoben (siehe Fragebogen im Anhang A). Die Skalen messen die berufliche Identität mit 16 Items. Die ursprünglichen Items wurden von der Autorin auf Deutsch übersetzt und auf den Pflegeberuf angepasst. Damit die Übersetzung kongruent ist, wurde die deutsche Skala noch einmal von einer anderen Person rückübersetzt. Adams et al. (2006) und Hao et al. (2014) gehen davon aus, dass ein höherer durchschnittlicher Skalenwert eine höhere berufliche Identität repräsentiert (dazu auch Cowin et al., 2013).

## 7.3 Berufsethos von Pflegefachpersonen

### 7.3.1 Definition – Was versteht man unter dem Begriff „Berufsethos“

Zur Schaffung eines gemeinsamen Begriffsverständnisses werden im Folgenden die Termini „*Ethos*“ und „*Berufsethos*“ definiert. Ausgehend von diesen Begriffsdefinitionen wird im Rahmen der Erhebung das implizite, subjektive Berufsethos der Befragten analysiert und über eine quantitative Untersuchung versucht, den Grundstein für das Begriffsverständnis der Berufsgruppe Pflege zu legen. Der Terminus Ethos stammt von den griechischen Wörtern „*éthos* = Gewohnheit, Gewöhnung“ und „*ēthos* = Sitte, Sinnesart, Charakter“ ab. Düwell, Hübenthal & Werner (2006) sehen Ethos „*als normativen Inbegriff der in einer gegebenen Gruppe eingelebten und von ihr für verbindlich gehalten Sitte bzw. Moral als auch den sittlichen Charakter des einzelnen Handelnden bzw. einen bestimmten Typus guten und richtigen Handelns [...]*“.

---

<sup>72</sup>Barbour & Lammers, 2015

<sup>73</sup>Scholes, 2008

<sup>74</sup>Cowin et al., 2013; Johnson et al., 2012

### 7.3 Berufsethos von Pflegefachpersonen

*„Unter Ethos versteht man eine Gesamtheit von Einstellungen, Überzeugungen und Normen, die in Form eines mehr oder minder kohärenten, in sich gegliederten Musters von einem einzelnen Handelnden oder von einer sozialen Gruppe als verbindliche Orientierungsinstanz guten und richtigen Handelns betrachtet wird.“<sup>75</sup>*

Berufsethos im Speziellen wird in der vorliegenden Arbeit definiert als:

*„Unter einem Berufsethos verstehen wir bestimmte Vorstellungen einer guten Berufspraxis, die von den Berufsangehörigen geteilt werden. Diese Vorstellungen und die damit verbundenen Wertungen prägen das Selbstverständnis der Berufsangehörigen als Angehörige einer bestimmten Berufsgruppe. Sie geben dem Handeln in der Berufspraxis einen Sinn, motivieren und legitimieren es sowohl vor den Handelnden selbst als auch vor anderen.“<sup>76</sup>*

Das Berufsethos ist eine Berufsgruppenmoral. Jeder Beruf hat mehr oder minder explizit ein Berufs- oder Standesethos entwickelt. Die Normen sind für alle, die diesen Beruf wählen und ausüben, verbindlich.<sup>77</sup>

*„Alle diese Berufsgruppenmoralen basieren auf dem allgemeinen moralischen Grundsatz, das Seine im Beruf so gut wie möglich zu tun. Hier wird also der Arbeit an sich selber ein Wert zuerkannt, oder anders gesagt: Arbeit ist nicht allein definiert durch die technischen Regeln, die einen reibungslosen Arbeitsprozess ermöglichen, sondern Arbeit ist zugleich eine Tätigkeit, die auf der Basis von moralischen Regeln ausgeübt wird – besonders dort, wo andere Menschen mittelbar oder unmittelbar mitbetroffen sind.“<sup>78</sup>*

Im Pflegeberuf richtet sich das Berufsethos am Wohl des Leistungsempfängers, sprich am Wohl der Patientin resp. des Patienten aus. Verdeutlicht wird dies in der Definition professioneller Pflege des International Council of Nurses (ICN), die vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner anerkannt ist:

*„Professionelle Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen [...]. Pflege umfasst die Förderung der Gesundheit, die Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen. Weitere Schlüsselaufgaben [...] sind die Wahrnehmung der Interessen und Bedürfnisse [...], die Förderung einer sicheren Umgebung, die Forschung, die [...] Gestaltung der Gesundheitspolitik sowie das Management des Gesundheitswesens und in der Bildung.“<sup>79</sup>*

---

<sup>75</sup>Düwell et al., 2006

<sup>76</sup>Stüber, 2013, 3

<sup>77</sup>Pieper, 2003

<sup>78</sup>Pieper, 2003, 35

<sup>79</sup>[www.sbk.ch/pflegethemen.html](http://www.sbk.ch/pflegethemen.html), aufgerufen am: 16.4.15

Wie das Zitat zeigt, kommen darin einerseits das Selbstverständnis und andererseits die gesellschaftliche Erwartung zum Ausdruck. Diese beiden Aspekte, die professionelle Autonomie und die Heteronomie, drückt das Berufsethos aus.<sup>80</sup>

### 7.3.2 Befundlage zum Berufsethos des Pflegeberufs

Die Thematik der beruflichen Werte<sup>81</sup> gewann insbesondere in der Forschung zur Arbeitsethik an Bedeutung. Im Zentrum der Diskussionen steht mehrheitlich die protestantische Arbeitsethik.<sup>82</sup> Dies vor dem Hintergrund, dass die Wirtschaft Zweifel bezüglich der Arbeitsethik von potentiellen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern äusserte. Sie fürchtete aufgrund einer verminderten Arbeitsethik geringere Leistungen, Abwesenheiten und Kündigungen.<sup>83</sup> Der Begriff „*Arbeitsethik*“ wurde nach der Reformation geprägt und stellt sich der Bedeutung von sozialer Wohlfahrt und Individualismus entgegen. Der heutige Begriff der Arbeitsethik resp. der protestantischen Arbeitsethik wurde von Max Weber zu Beginn des 20. Jahrhunderts geprägt.<sup>84</sup> Im Zentrum steht die harte Arbeit.<sup>85</sup> Einige Attribute stehen in enger Beziehung damit: Sparsamkeit, Arbeitsdisziplin, der Wunsch zu Arbeiten, Eigenverantwortung, verzögerte Belohnung und Zentralität der Arbeit im menschlichen Leben.<sup>86</sup> Weit verbreitet ist die Ansicht, dass sich die protestantische Arbeitsethik mit dem intrinsischen Aspekt der Arbeit beschäftigt: Die Arbeit selbst ist Lohn genug.<sup>87</sup> So kann der ökonomische Erfolg als Erlösung gesehen werden.<sup>88</sup> In seinem Buch „*The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism*“ schreibt Max Weber, dass der moderne Kapitalismus nicht allein durch technologische Innovationen möglich war, sondern dank dem Ethos, das er als protestantische Arbeitsethik bezeichnet. Durch harte Arbeit und die Anerkennung der Arbeit als Wert an sich wurde die Arbeit zu einer Berufung. Kombiniert mit einer asketischen Lebensweise konnte die Wirtschaft florieren.<sup>89</sup> Mit der Ausgestaltung der modernen Gesellschaft veränderte sich dies:

---

<sup>80</sup>Monteverde, 2009

<sup>81</sup>Berufliche Werte bezeichnen den Grad von Wert, Bedeutung und Erwünschtheit davon, was am Arbeitsplatz geschieht. (Knoop, 2010) Der Begriff „berufliche Werte“ wird von Forschern unterschiedlich verwendet und reicht von Wirtschaftsethik zu beruflichen Präferenzen. In der Literatur werden die unterschiedlichen Gebiete gegenseitig wenig berücksichtigt und in die Forschung integriert. Auch wird nicht in angemessener Weise zwischen den verschiedenen Arten von Werten unterschieden. Die beruflichen Werte wurden oft als Präferenzen für die Art der Arbeit oder des Arbeitsumfelds sowie bei der Entscheidungsfindung erforscht. So werden sie oft auch als Ziele und Bedürfnisse verstanden, die befriedigt werden können oder nicht: Sicherheit, Autonomie, Kreativität, Geld, Prestige, Führung, Unabhängigkeit oder Arbeitskolleginnen und -kollegen. (Dose, 1997)

<sup>82</sup>Juzanek, 1978

<sup>83</sup>Miller, Woehr & Hudspeth, 2002; Juzanek, 1978

<sup>84</sup>Miller, Woehr & Hudspeth, 2002

<sup>85</sup>Miller, Woehr & Hudspeth, 2002

<sup>86</sup>Juzanek, 1978

<sup>87</sup>Wollack et al., 1971

<sup>88</sup>Miller, Woehr & Hudspeth, 2002

<sup>89</sup>Juzanek, 1978

*„When ascetism was carried out of monastic cells into everyday life, and began to dominate worldly morality, it became a part of the tremendous cosmos of the modern economic order. This order is now bound to the technical and economic conditions of machine production which determine the lives of the individuals [...] with irresistible force.“<sup>90</sup>*

Daraus kann man schliessen, dass die Kombination ökonomischer (Konsumwachstum), technologischer und organisationaler (Automatisierung) sowie sozialer (Wohlfahrt) Faktoren die Arbeit an sich und die damit verbundenen Werte in industrialisierten Gesellschaften verändert haben.<sup>91</sup> Mit dem Bedeutungsgewinn der Naturwissenschaften, sowohl für das Weltbild als auch für das Menschenbild, begreift sich der Mensch nicht mehr als *„soziales Lebewesen, sondern als autonomes Subjekt.“* Das bedeutet, *„dass ein alle verpflichtendes Gutes nicht mehr akzeptiert (wird), sondern sein Gutes aus eigener Kompetenz allererst hervorbringt. Infolgedessen zerfällt der soziale Organismus in Individuen, die unter Berufung auf das Prinzip der Freiheit ihre eigene Normen und Werte schaffen.“<sup>92</sup>*

Neben der Arbeitsethik gewann auch die Wirtschaftsethik in der empirischen Forschung verschiedener Disziplinen an Bedeutung. Besonders die Frage, wie ethische Entscheidungen gefällt werden und wie mit Dilemmata umgegangen wird, interessiert in diesem Forschungszweig.<sup>93</sup> Hansen (1992) beispielsweise untersuchte die ethische Entscheidungsfindung von Managerinnen und Managern anhand fünf ethischer Disziplinen (Deontologie, Utilitarismus, Egoismus, Relativismus und Gerechtigkeit). Auch das ethische Klima einer Organisation wurde im Zusammenhang mit verschiedenen Konstrukten wie der Entscheidungsfindung oder der Arbeitszufriedenheit untersucht.<sup>94</sup> Die Wirtschaftsethik hat besonders vor dem Hintergrund von Überschuldung und finanziellen Problemen verschiedener Unternehmen im Ruf nach Corporate Governance und Corporate Social Responsibility an Bedeutung gewonnen und die neoklassische Wirtschaftstheorie relativiert.<sup>95</sup>

#### 7.3.3 Wie sah die Entwicklung des Berufsethos der Pflege aus?

Im historischen Verlauf hat sich das Berufsethos der Pflege verändert. Es kam zu einer Verlagerung vom Fürsorgegebot zur Förderung der Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten. Noch im 19. Jahrhundert wurde von den Pflegenden erwartet, die eigenen Bedürfnisse zweitrangig zu behandeln, sich den Ärztinnen und Ärzten unterzuordnen und unbegrenzten Liebesdienst am Kranken auszuführen. Die Pflegenden verrichteten

---

<sup>90</sup>Juzanek, 1978, 667

<sup>91</sup>Juzanek, 1978

<sup>92</sup>Pieper, 2003, 111

<sup>93</sup>Hansen, 1992; Dose, 1997

<sup>94</sup>Vitell & Davis, 1990

<sup>95</sup>Koh & Boo, 2004

unter dem Zwang zur Demut die niedersten Arbeiten. So wurden wenig finanzielle Mittel für die Pflege benötigt. Wenn gespart wurde, dann zuerst am Pflegepersonal – an seiner Ausbildung und an qualifizierten Pflegerinnen. Da Massenpflege geleistet werden musste, konnten Fürsorge und Aufmerksamkeit für einzelne Patientinnen und Patienten kaum mehr geleistet werden. Diese Überforderung in der Pflege zeigte sich in der Fluktuation.<sup>96</sup>

*„Werte und Normen haben sich in der Masse herausgebildet, in dem es dem Menschen möglich war, sich zu sich selbst, zu einem anderen Menschen und zur Natur frei zu verhalten, d.h. in der Masse, in der ihm Handlungsalternativen zu Verfügung standen. Das Vorhandensein von Handlungsalternativen ist Voraussetzung dafür, dass eine ethische Reflexion angestellt werden kann. Werte und Normen sind geschichtlich entstanden; sie haben sich im Wechselspiel mit den menschlichen Handlungsmöglichkeiten weiterentwickelt – und werden dies auch fürderhin tun.“<sup>97</sup>*

Bis in die 1960er Jahre war das Pflegekonzept geprägt vom ehemals zölibatären aufopferungsvollen „*Liebedienst*“ am Kranken. Erst danach veränderte sich der Pflegeberuf. Es wurden arbeitsrechtliche Regulierungen eingeführt und professionelle Standards eingerichtet. Die Fortschritte in der Medizin führten ebenfalls dazu, dass das Berufsethos der Pflege zu Beginn der 1960er Jahre als nicht mehr zeitgemäss galt. Doch nicht nur der „*Liebedienst*“ war massgeblich für eine gute Pflege. Wichtig war ausserdem eine kontinuierliche Betreuung der Patientinnen und Patienten, die stetige Krankenbeobachtung brauchten. So lernten die Pflegefachpersonen die Stimmungslage, das Aussehen, den Schlaf und Appetit, die Veränderungen von Gewicht, Temperatur, Atmung und die Ausscheidungen der Patientinnen und Patienten zu beobachten. Die Krankenbeobachtung galt vom 19. Jahrhundert bis in die 1950er Jahre als „*spezifische Tätigkeit des Pflegepersonals und wesentlicher Kern seiner Eigenständigkeit*“.<sup>98</sup>

Lange Zeit wurde das Berufsethos von aussen an den Berufsstand herangetragen. Diese Erwartungen wurden über Jahrhunderte hinweg von Pflegenden gelebt und übernommen.

*„Selbst zu formulieren, welche Pflichten ihr Berufsethos genau beinhaltet und welche nicht, fällt ihnen dagegen schwer. Für viele Pflegenden ist es nicht leicht zu unterscheiden, was ihr Berufsethos von ihnen verlangt, wann sie es erfüllen, nicht erfüllen oder überfüllen.“<sup>99</sup>*

Dies führte dazu, dass das Berufsethos der Pflegenden zu einer Gehorsams- und Subordinationsmoral verkümmerte und die Professionalisierung in der Pflege erschwerte. Durch dieses unreflektierte Berufsethos wurden die hierarchischen Strukturen im Krankenhaus

---

<sup>96</sup>Stüber, 2013

<sup>97</sup>Schreiner, 2001, 18

<sup>98</sup>Kreutzer, 2012, 111ff

<sup>99</sup>Stüber, 2013

zementiert. Noch heute wird die „*Sprachlosigkeit der Pflege*“ beklagt.<sup>100</sup> Früher galt der Pflegeberuf als Lebensweise und zeichnete sich durch Altruismus und religiöse Berufung aus. Durch die veränderten Arbeitsbedingungen ist der Altruismus nicht mehr die Hauptmotivation den Pflegeberuf zu ergreifen.<sup>101</sup> Heute ist für Auszubildende am wichtigsten eine interessante Arbeit zu haben.<sup>102</sup> Die Interviews mit Pflegenden für diese Arbeit brachten sechs Gründe hervor, weshalb sie den Pflegeberuf gewählt haben, dazu gehören beispielsweise der Kontakt mit Menschen oder Menschen helfen zu wollen. In Kapitel 10.2, Abbildung 10.2 sind die Gründe aus den Interviews grafisch dargestellt.

Noch heute ist das Motiv „*Menschen helfen wollen*“ ein wichtiger Grund für die Berufswahl. Weitere Gründe sind das Interesse an der Medizin, das „*Schnuppern*“, wo die Pflege am meisten zugesagt hat oder dass der Pflegeberuf schon immer der Wunschberuf gewesen war. Diese Motivation legt den Grundstein für die berufliche Sozialisation und Entwicklung. Pflegende, die bereits als Kind den Berufswunsch Pflege hegten, kündigen eher weniger. So kann die Berufswahl als erster Schritt im Sozialisationsprozess gesehen werden – Individuen wählen demnach einen Beruf ihrer vorberuflichen Sozialisation entsprechend.

Barriball & While (1996) fanden, dass 22% immer den Pflegeberuf als Berufswunsch hatten, 13% wählten den Beruf aufgrund persönlicher Erfahrungen, 12,6% wegen ihrer altruistischen Motivation und 11,1% aufgrund von Verfügbarkeit und Bequemlichkeit. Von einer Anstellung in der Pflege erhofften sich die Befragten berufliche Entwicklungsmöglichkeiten im Sinne wachsender Verantwortung, Expertise und Stimulation. Die Mehrheit der Befragten hatte keine Erwartungen.<sup>103</sup> Als angenehmster Aspekt der Pflegearbeit gilt die Betreuung von Patientinnen und Angehörigen. Somit ist nicht die Arbeit selbst unbefriedigend, sondern das Arbeitsumfeld und die Arbeitsbedingungen – dazu zählen fehlende Entwicklungsmöglichkeiten, gestiegene Erwartungen der Patienten, Personalmangel und die überbordende Schreibtischarbeit.<sup>104</sup> Die erwähnten Gründe für die Berufswahl beeinflussen auch die beruflichen Normen. Wie erwähnt ist das Berufsethos an Normen gebunden, die das Verhalten von Berufsgruppen lenken. Die berufsethischen Normen werden in Ethikkodizes ausformuliert.<sup>105</sup>

*„Die in Kodizes verfassten Berufsethiken sind in der Regel die Zusammenstellung von Verhaltensweisen und -maximen, die sich in einem Bereich über einen längeren Zeitraum als zweckmässig und förderlich sowie mit bestimmten Wertvorstellungen im Einklang stehend erwiesen haben. Sie entstehen*

---

<sup>100</sup>Monteverde, 2009

<sup>101</sup>Daehlen, 2008

<sup>102</sup>Daehlen, 2008

<sup>103</sup>Barriball & While, 1996

<sup>104</sup>Lynn & Redman, 2005

<sup>105</sup>„Die in den Kodizes verfassten Berufsethiken sind in der Regel die Zusammenstellung von Verhaltensweisen und -maximen, die sich in einem Bereich über einen längeren Zeitraum als zweckmässig und förderlich sowie mit bestimmten Wertvorstellungen in Einklang stehend erwiesen haben.“ (Schreiner, 2001)

*meist als Reaktion auf einschneidende historische Ereignisse oder, wenn z.B. Bedarf nach einer Abgrenzung gegenüber anderen Berufen besteht. Da in den Berufsethiken auch Wertvorstellungen zum Ausdruck gebracht werden, bedürfen sie der stetigen Überprüfung und Aktualisierung.“<sup>106</sup>*

Die Kodizes umfassen die Normen jedoch nicht vollumfänglich. Auch prägen sie das Selbstverständnis der Berufsangehörigen in der Praxis nicht zwingend. Die Ethikkodizes sind beeinflusst von verschiedenen Faktoren: Beispielsweise – wie oben erwähnt – von der wirtschaftlichen Umgebung, der beruflichen Erfahrung oder der ethischen Ausbildung. Ausserdem können sie in Abhängigkeit der äusseren Bedingungen unterschiedlich interpretiert werden. Oftmals entwickelt sich das Berufsethos eines Berufs über den historischen Verlauf und wird vielfach nicht ausformuliert.<sup>107</sup> Die Arbeit von Florence Nightingale legte den Grundstein für Berufskodizes in der Pflege. *Lystra E. Gretter* formulierte im Namen von Florence Nightingale 1893 den ersten Eid für Krankenschwestern. Er war der Prototyp für einen Berufskodex und machte erstmals das implizite Berufsethos in einer Berufsethik explizit.<sup>108</sup> Die Auseinandersetzung mit dem Berufsethos hingegen fand in der Pflege eher in marginaler Form statt.<sup>109</sup> Um die Jahrhundertwende wurde das Berufsethos der Pflege in Verhaltensregeln oder Umgangsformen zum Ausdruck gebracht. Dies veränderte sich seit der Mitte des 20. Jahrhunderts. Die Verhaltensregeln waren für den Berufsstand nicht mehr ausreichend und wurden weltweit in Pflegeethikkodizes durch die Berufsverbände definiert.<sup>110</sup> Seit Mitte des 20. Jahrhunderts wurden global hauptsächlich durch Pflegeberufsverbände Pflegeethik-Kodizes entwickelt. Am häufigsten wird der Ethikkodex des International Council of Nurses (ICN) verwendet, so auch im deutschsprachigen Raum. Er wurde 1953 verabschiedet und 1973 überarbeitet.<sup>111</sup> Wie in oben aufgeführtem Zitat erwähnt, entstand der ICN-Kodex in der Folge eines einschneidenden Ereignisses – des 2. Weltkrieges – und mit der zunehmenden Professionalisierung in der Pflege als Abgrenzung zum Ärzteberuf. Die Ethikkommission des SBK erarbeitete im Jahre 1990 das Dokument „*Ethische Grundsätze in der Pflege*“. 2002 wurde das Dokument überarbeitet und modernisiert. Dabei wurden Ansätze des Utilitarismus und der Deontologie durch ethische Entwürfe des Feminismus und der Care-Ethik (siehe Kapitel 5) erweitert. Auch der ICN-Kodex wurde 2002 weiterentwickelt.<sup>112</sup> Gemäss dem ICN-Ethikkodex haben Pflegenden vier grundlegende Aufgaben: „*Gesundheit zu fördern, Krankheit zu verhüten, Gesundheit wiederherzustellen, Leiden zu lindern.*“ Die vier Grundelemente des ICN-Ethikkodex für Pflegenden sind 1. Pflegenden und ihre Mitmenschen (6 Subelemente), 2. Pflegenden und die Berufsausübung (5 Subelemente), 3. Pflegenden und die Profession (3 Subelemente), und 4. Pflegenden und ihre Kolleginnen und Kollegen (2 Subelemente).<sup>113</sup> Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass die Standards

<sup>106</sup>Schreiner, 2001, 23

<sup>107</sup>Altun, 2002; González-de Paz et al., 2013; Iacobucci et al., 2013; Schmidt-Wilcke, 2013; Stüber, 2013

<sup>108</sup>Monteverde, 2009

<sup>109</sup>Bals, 2011, 73

<sup>110</sup>Eilts-Köchling et al., 2000

<sup>111</sup>Eilts-Köchling et al., 2000

<sup>112</sup>SBK-ASI, 2006

<sup>113</sup>SBK-ASI, 2006

stark an die Verantwortung der Pflegenden appellieren und darauf aufbauen. Es stellt sich dabei die Frage, inwiefern die Pflegenden in ihrem Alltag in der Lage sind, diese Verantwortung überhaupt wahrzunehmen und auszuüben. Die unspezifische und breite Formulierung liegt jedoch in der Natur eines länderübergreifenden Ethikkodex:

*„Die Bedeutung und Relevanz einer Berufsethik hängt nun entscheidend davon ab, wie konkret sie ausformuliert und wie gross der Geltungsbereich ist sowie, in welchem Masse sie formell oder informell Eingang in die Rechtsordnung des jeweiligen Geltungsbereiches gefunden hat. Daraus ergibt sich, dass dieser für alle Krankenschwestern und Krankenpfleger in allen dem ICN angehörigen Ländern gültige berufsethische Kodex notwendig sehr unspezifisch sein muss.“<sup>114</sup>*

Die Formulierung eines Ethikkodex kann in der Pflege als wichtiger Schritt in der Professionalisierungsdebatte erachtet werden.<sup>115</sup> Tadd, Clark & Lloyd et al. (2006) zeigten allerdings, dass Probandinnen und Probanden – in einer Erhebung in sieben europäischen Ländern – nicht im Detail mit dem Inhalt von Ethikkodizes vertraut sind. Dennoch handelten sie in Übereinstimmung mit ihm. Dies weil, die Werte verinnerlicht und Bestandteile des berufsethischen Verständnisses geworden sind. Das zeigt sich auch in den qualitativen Interviews und im anschliessenden Vergleich mit den Werten im ICN Kodex, die für die vorliegende Arbeit durchgeführt wurden (siehe Kapitel 8).

Berufsethische Grundsätze dienen als Richtlinie resp. Anleitung für die Berufspraxis und für professionelle Beziehungen, sowie als Grundlage für berufsbezogene Selbstregulation und als Sozialisationsinstrument für Lernende. Im Sozialisationsprozess nimmt die Ausbildung eine wichtige Rolle ein.

Den Nutzen der berufsethischen Grundsätze sehen die Befragten als Entscheidungshilfe, Definition der Rechte und Pflichten gegenüber der Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen, Definition der Verantwortung der Krankenpflege im Gesundheitswesen, Beitrag zur Professionalisierung oder als Verdeutlichung von Pflichten und Rechten gegenüber Kolleginnen und Kollegen.<sup>116</sup>

*„Angesichts dieser Erwartung ist zu prüfen, ob berufsethische Normen dies überhaupt leisten können, und es ist danach zu fragen, ob und in welcher Weise Ethik in Konfliktsituationen eine Hilfestellung geben kann [...] In berufsethischen Normen können nur Mindeststandards festgeschrieben und bestimmte Exzesse ausgeschlossen werden. Sie können aber auch nur dann relevant sein, wenn der Berufsgruppe die Kompetenz zugesprochen wird, entsprechende Entscheidungen zu treffen.“<sup>117</sup>*

Daher und weil für die Pflege „ein spezifisches Berufsethos zur ihrer beruflichen Identi-

---

<sup>114</sup>Schreiner, 2001, 23

<sup>115</sup>Eilts-Köchling et al., 2000

<sup>116</sup>Eilts-Köchling et al., 2000

<sup>117</sup>Schreiner, 2001, 25



tät“<sup>118</sup> gehört, wird ein positiver Zusammenhang zwischen der beruflichen Identität und dem Berufsethos angenommen (siehe Hypothese H.3 Kapitel 7.2.2).

Obwohl verschiedene Ethikkodizes für den Pflegeberuf existieren, teilen sie formal Elemente. Sie umfassen in der Regel moralische Werte (z.B. Würde), aussermoralische Werte (z.B. Gesundheit und Wohlbefinden), ethische Prinzipien (z.B. Respekt und Förderung von Autonomie) sowie Pflichten (z.B. Vertraulichkeit) und Tugenden (z.B. Verantwortlichkeit). Damit wird die Frage aufgeworfen, ob ein berufsethischer Kodex normativ, formativ oder deskriptiv sein soll.<sup>119</sup>

*„In normativer Hinsicht legt ein Kodex berufliches Verhalten fest. [...] Im Rahmen von beruflichem Fehlverhalten kann er einen (quasi) gesetzlichen Charakter aufweisen und Disziplinarmaßnahmen begründen [...] Ein so verstandenes normatives Moralverhalten ist einforderbar resp. einklagbar. Es kann auch Gewissensentscheidungen begründen. [...] Die formative Funktion nimmt eine Mittelposition zwischen normativer und deskriptiver Funktion ein. Sie entspricht der ursprünglichen Intention des „Eids von Florence Nightingale“ und sieht im Berufskodex ein Instrument der Sozialisation von Berufseinsteigern. [...] Heute steht primär die Schärfung und Förderung von moralischen Intuitionen im beruflichen Umgang mit kranken Menschen im Vordergrund, die den moral character von Berufsangehörigen schärfen sollen. [...] Als deskriptiv gelten Ethikkodices, welche vom grundsätzlichen Wertepluralismus und von der Vielfalt an Definitionen und Konzepten pflegerischen Handelns ausgehen. Im Zeichen einer „normativen Enthaltsamkeit“ bevorzugen sie es, allgemein akzeptierte Werte zu schildern, Spannungen zu benennen und konfliktreiche Aspekte pflegerischen Handelns zu beschreiben. Durch die Hervorhebung der prozeduralen Dimension ethischer Entscheidungsfindung tritt die normative und formative Funktion in den Hintergrund. Beispiel eines solchen Ansatzes ist das Dokument des Schweizerischen Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und -männer „Ethik in der Pflegepraxis“ [...] Dieses versucht mit Hilfe des biomedizinischen Modells von Beauchamp und Childress (principlism), Strategien pflegerischer Güterabwägung in Verbindung mit tugendethischen Ansätzen aufzuzeigen.“<sup>120</sup>*

Nebst der Ausrichtung am Wohl des Leistungsempfängers regelt das Berufsethos auch die „kollegialen Beziehungen innerhalb eines Berufsstandes“ und die Beziehung zwischen Berufsangehörigen und Gesellschaft. Veränderungen im Berufsethos sind schwer eindeutig zu identifizieren. Oftmals sind es lediglich anekdotische Hinweise, die auf einen graduellen „Ethoswandel“ hindeuten. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bemühen sich, dem traditionellen Bild des Berufsstandes zu entsprechen, sind aber in ihrem Bemühen häufig mit Widerständen konfrontiert. Dabei sehen sie oft nur zwei Alternativen: „Dienst

---

<sup>118</sup>Rehbock, 2000, 281

<sup>119</sup>Monteverde, 2009

<sup>120</sup>Monteverde, 2009, 58f

nach Vorschrift“ oder den Ausstieg aus dem Beruf. Das Krankenhaus als normative Organisation, die eine berufsethische Orientierung ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erwartet, wird zunehmend auch als Unternehmen verstanden, das im Wettbewerb bestehen muss. *„Der damit verbundene Druck wird an das Personal weitergegeben.“*<sup>121</sup> Abbildung 7.1 gibt einen Überblick über die Hauptphasen in der Entwicklung der Pflegeethik.

Problematisch kann bei Berufskodizes der autoritative Charakter sein, den moralischen Kern der Pflege darstellen zu wollen. Die Problematik liegt nach Monteverde (2009) darin, *„dass sie nicht nur den „moralischen Kern“ pflegerischer Arbeit abbilden, sondern auch berufliches Handeln in der Pflege unter zahlreichen Aspekten normieren. Dabei bleibt aber der „moralische Kern“ das einigende Element.“*<sup>122</sup> Wie stark der reglementierende Charakter der Ethikkodizes ist, bleibt unklar. Eine weitere Schwierigkeit entsteht, wenn Normen oder Werte kollidieren. Dies kann zu einem Gewissenskonflikt führen.<sup>123</sup> Pieper (2003) unterscheidet drei Hauptklassen möglicher Gewissenskonflikte:

- Normen desselben Moralsystems kollidieren miteinander. Dies beispielsweise, wenn aufgrund des Personalmangels im Gesundheitswesen pflegerische Tätigkeiten ausgeführt werden, für die die eigenen fachlichen Fähigkeiten unzureichend sind.
- Normen von unterschiedlichen Moralsystemen kollidieren. Gewisse medizinische oder pflegerische Handlungen, die indiziert sind, können aufgrund der Glaubensansichten einer Patientin oder eines Patienten nicht durchgeführt werden.
- *„Es kann schliesslich drittens eine bestimmt, allgemein anerkannte Norm oder Wertvorstellung das Selbstverständnis eines Einzelnen so tiefgreifend beeinträchtigen, dass ihre Befolgung auf seine freie Selbstverwirklichung, auf die er einen moralischen Anspruch hat, in unzulässiger Weise behindern würde. Hier entsteht der Konflikt nicht durch die Unvereinbarkeit von allgemeinen Normen oder Normsystemen, sondern durch den Zusammenstoss einer allgemein anerkannten mit einer in bestimmten Weise ausgelegten Individualnorm.“*<sup>124</sup>

---

<sup>121</sup>Stüber, 2013; Daehlen, 2008

<sup>122</sup>Monteverde, 2009, 56

<sup>123</sup>Pieper, 2003

<sup>124</sup>Pieper, 2003, 37ff

## Hauptphasen der Entwicklung in der Pflegeethik

Phase		Inhalte	Hintergrund
I. (bis 1950)	➡	Verhaltenskodex für Krankenschwestern	Professionalisierung
II. (bis 1980)	➡	Ethischer Berufskodex im Spiegel des gesellschaftlichen Auftrags von Pflege und des Pflege-Selbstverständnisses	Moralische Implikationen von Theorien pflegerischen Handelns; Beginn der Akademisierung
III. (bis heute)	➡	Pflegeethik im engeren Sinne, d.h. Begründungswissenschaft moralischen Denkens und Handelns der Pflegeberufe	Angewandte Ethik; Pflegeethik als Postulat der Pflegewissenschaft und Pflegeforschung; Weiterführung der Akademisierung

Abbildung 7.1: Hauptphasen in der Entwicklung der Pflegeethik nach Monteverde (2009)

Im Rahmen dieser Arbeit stehen nicht die vorgegebenen Normen und Werte der Ethik-kodizes im Forschungsinteresse, sondern in einem Bottom-Up-Zugang interessiert das Berufsethos ausgehend von den Berufsvertreterinnen und -vertretern. Dies auch deshalb, weil die informellen berufsethischen Normen meist sehr wirksam sind. *„Ihre Befolgung bringt Anerkennung im Kollegenkreis, ihre Nichtbefolgung Ablehnung oder Ausschluss.“* Diese informellen Normen beziehen sich auf das für richtig erachtete Verhalten von Pflegefachpersonen. Sie werden von den Berufsangehörigen von Berufsgeneration zu Berufsgeneration weitergegeben (berufliche Sozialisation).<sup>125</sup> Deshalb wurde in den durchgeführten Leitfadeninterviews der Begriff *„Berufsethos“* vermieden und mit den Fragen aus der Arbeit von Stüber (2013) erfragt, die das Berufsethos im Krankenhaus operationalisieren (siehe Kapitel 8).

Ausgehend von diesen Überlegungen wurde mit den Leitfadeninterviews ein personenbezogener Zugang zur Thematik gewählt, wo lebensgeschichtliche Aspekte der Berufsvertreterinnen und -vertretern als Individuen und Vertreterinnen und Vertreter einer Berufsgruppe berücksichtigt wurden. Da Angehörige einer Berufsgruppe gleichzeitig auch private Individuen sind, wird im Rahmen dieser Arbeit angenommen, dass das Berufsethos sozialisierte und historisch begründete Normen, in diesem Fall des Pflegeberufs, beinhaltet ebenso wie persönliche und lebensgeschichtliche Normen – welche sich gegenseitig prägen und beeinflussen.

Die vielfältigen Veränderungen im Gesundheitswesen (z.B. Personalmangel, Fortschritte in der Technik, veränderte Aufgaben) sind für das Berufsethos in der Pflege nicht unbedeutend. Um die ethischen und moralischen Herausforderungen im Gesundheitswesen bewältigen zu können, wird ein Berufsethos benötigt, das das Handeln und die Entscheidungsfindungen der Betroffenen leitet.<sup>126</sup> Das Berufsethos beeinflusst Verhaltensweisen und Urteile stark. Dissonanzen zwischen persönlichen und organisationalen Werten können zu Stress und Erschöpfung, aber auch zu Arbeitsunzufriedenheit, verringerter Produktivität und schlussendlich zu Burnout und Kündigungen führen.<sup>127</sup> Die Forschung zu den Werten in der Pflege definiert diese in der Regel mehrheitlich als Attribute, die ein Individuum beschreiben und Teil des Selbstkonzepts sind (siehe Hypothesen H.9.a und H.9.b). Im Sozialisationsprozess werden Werte internalisiert (dazu auch Kapitel 7.2 Berufliche Identität von Pflegenden). Sie bilden die Basis für Gedanken, Einstellungen, Entscheidungen, Vorlieben und Handlungen. Die beruflichen Werte (engl. *„professional values“* oder *„work values“*) werden dabei als bestimmend für unsere Standards, Motivation, Erwartungen und Prinzipien verstanden, die unsere Meinung zu arbeitsrelevanten Themen lenken und bestimmen, welchen Beruf wir wählen. Diese Werte reflektieren überdies die Einstellung des Individuums und aktivieren seine Motivation. Abgestützt auf die beruflichen Werte werden die Arbeit und die Produktivität von anderen bewertet und unsere Entscheidungen und Handlungen am Arbeitsplatz beeinflusst.<sup>128</sup>

---

<sup>125</sup>Monteverde, 2009, 58f

<sup>126</sup>Iacobucci et al., 2013; Rassin, 2008; Stüber, 2013; Leners et al., 2004

<sup>127</sup>Hayes et al., 2006

<sup>128</sup>Ravari et al., 2012

*„Values are like fire in your shoes, making you attentive; making you question yourself; you can't turn a blind eye anymore. Paying attention out work values makes us keep an eye on ourselves and the way we treat our patients.“<sup>129</sup>*

Klassischer Weise werden bei den beruflichen Werten intrinsische und extrinsische Berufswerte unterschieden. Zu den intrinsischen Werten zählen immaterielle Arbeitsaspekte wie Autonomie, Kreativität oder Initiative, die die Selbstverwirklichung ermöglichen. Extrinsische Berufswerte sind beispielsweise die Orientierung an Sicherheit oder materiellem Gewinn, wie dem Lohn oder den Karrieremöglichkeiten. Bisher haben sich wenige Forscherinnen und Forscher mit dem Zusammenhang von beruflichen Werten mit negativen Ergebnissen wie der Kündigungsabsicht beschäftigt.<sup>130</sup> Es konnte jedoch gezeigt werden, dass diejenigen Personen, die sich eher von intrinsischen Werten leiten lassen, zufriedener mit ihrer Arbeit und weniger geneigt sind, die Arbeit zu wechseln. Dies aber nur, wenn sich die Pflegenden stark mit ihrem Beruf verbunden fühlen.<sup>131</sup> Theoretikerinnen und Theoretiker, die sich mit der Passung (fit) von Person und Organisation beschäftigen, gehen davon aus, dass Arbeitnehmende eher nicht kündigen, wenn ihre Werte mit dem Umfeld des Arbeitgebers resp. damit übereinstimmen, was der Arbeitsgeber zu Verfügung stellt, um diese Werte „zu erfüllen“. Takase, Yamashita & Oba (2007) zeigen, dass die Kündigungsabsicht von Pflegenden sinkt, wenn diese Passung gegeben ist.<sup>132</sup>

*Hypothese H.9.a: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit.*

*Hypothese H.9.b: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.*

*Hypothese H.10: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.*

Informationen zum Berufsethos könnten Organisationen unterstützen, Strategien für die Rekrutierung, Arbeitszufriedenheit, Produktivität, Fluktuation und das organisationale Commitment<sup>133</sup> zu entwickeln. Studien konnten überdies zeigen, dass sich die berufsethischen Werte von jungen und älteren Pflegenden stark unterscheiden können.<sup>134</sup>

<sup>129</sup>Ravari et al., 2012

<sup>130</sup>Caricati et al., 2014

<sup>131</sup>Caricati et al., 2014; Ravari et al., 2012

<sup>132</sup>Takase, Yamashita & Oba, 2007

<sup>133</sup>Das Commitment (Verpflichtung) gegenüber dem Arbeitgeber ist durch drei Faktoren charakterisiert: Akzeptanz und Glaube der Ziele und Werte des Arbeitgebers, Bereitschaft sich für den Arbeitgeber anzustrengen und der Wunsch in der Organisation zu bleiben. Das Commitment ist positiv korreliert mit der Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen und negativ mit der Kündigungsabsicht. Es gibt überdies das Berufliche Commitment, das das Engagement im Beruf widerspiegelt. Die Auseinandersetzung mit dem Commitment birgt sowohl für die Organisationen als auch für die Individuen viele Vorteile. (Lu et al., 2005)

<sup>134</sup>McNeese-Smith & Crook, 2003

*Hypothese H.11: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit dem Alter.*

Nach dem Wissensstand der Autorin gibt es zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine quantitative Forschung und keine „mixed-method“-Erhebungen in der Schweiz oder im deutschsprachigen Raum zum Berufsethos in der Pflege. In anderen Bereichen wie beispielsweise der sozialen Arbeit, Pädagogik (z.B. Ofenbach, 2006) oder im Journalismus gibt es Versuche einer empirischen Herangehensweise an die Thematik. Auch Fragen rund um die Identifikation des Pflegepersonals mit dem Berufsethos wurden wenig erforscht, obwohl das Berufsethos für das individuelle und allgemeine Berufsverständnis elementar ist. Die Forschungslücke besteht darin, dass trotz umfangreichem philosophischem Diskurs zum (Berufs)ethos die praktischen Implikationen und die Operationalisierung im deutschsprachigen Raum fehlen. Wie kann das theoretische Konstrukt in der Empirie umgesetzt werden? Als bekanntes Instrument wurde die „*Nursing Professional Values Scale (NPVS)*“ basierend auf dem American Nurses Association (ANA) Code for Nurses im Jahr 2000 entwickelt und im Jahr 2009 angepasst.<sup>135</sup> Gemäss Weis & Schank (2000) gab es von 1970 bis 2000 lediglich 18 Studien, die Werte in der Krankenpflege gemessen haben. Davon lag der Fokus auf Werten von Studierenden der Pflege. Auch noch heute ist die Zahl der Studien gering. Die NPVS ist das einzige Instrument, das Werte von ausgebildeten Pflegenden misst.<sup>136</sup> Weis & Schank (2009) betonen, dass die Werte einer Berufsgruppe für die Entwicklung des Berufsverständnisses wichtig sind und die Standards bilden, wonach die Berufsgruppe handelt. Sie bilden die Grundlage für Evaluationen der Integrität eines Individuums oder einer Organisation. Ausserdem dienen sie als Grundlage für die berufliche Praxis; sie steuern Interaktionen mit Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen, anderen Berufsgruppen sowie der Öffentlichkeit.<sup>137</sup>

Für diese Arbeit wird die NPVS nicht verwendet, da die Fragen aus dem ANA Code for Nurses abgeleitet sind und nicht bei Vertreterinnen und Vertretern der Berufsgruppe selbst erhoben wurden. In dieser Arbeit interessiert jedoch – wie erwähnt – ein Bottom-up-Zugang. In Kapitel 8 wird das Vorgehen zur Entwicklung der Skala zum Berufsethos der Pflege beschrieben, die Validierung und Weiterentwicklung der Skala sind Gegenstand von Kapitel 9.

<sup>135</sup>Weis & Schank, 2000; Weis & Schank, 2009

<sup>136</sup>Weis & Schank, 2009; Leners et al., 2004

<sup>137</sup>Iacobucci et al., 2013; Rassin, 2008; Stüber, 2013; Leners et al., 2004

## 7.4 Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf

*„When I realized I wasn't getting anywhere with my supervisor, I quit trying. You know what I mean. I put out the work all right, but I didn't bother with all those little finishing touches which are the difference between a good drawing and one that is only so-so. Also, I never bothered hurrying. When things got done they got done. After they put me in charge of the project, and I felt that I had a job that was all my own, everything seemed to click. You know how it is when you are hot. Problems you could stay at for days almost seem to solve themselves. I don't think I ever did a better piece of work in my life.“<sup>138</sup>*

In unserem Leben spielt der Beruf eine wichtige Rolle. Der Mensch verbringt einen grossen Teil seiner Lebenszeit bei der Arbeit. Deshalb ist die Arbeitszufriedenheit eine wichtige Komponente im Arbeitsleben.<sup>139</sup> Die Arbeit wird als für den Menschen sinnstiftend verstanden und befriedigt menschliche Bedürfnisse. Gronemeyer (2012) fragt sich deshalb zurecht, weshalb der Mensch soviel Zeit darauf verwendet, die Arbeit überflüssig zu machen. Arbeit galt früher stärker als etwas, das den Menschen erdet und Sinn stiftet, etwas, das ihm Autonomie gibt und sein Dasein sichert. Ausserdem galt die Arbeit *„dem Müssiggang gegenüber als moralisch überlegen.“* Gronemeyer (2012) schreibt weiter im Kapitel *„Eine kleine Phänomenologie des Arbeitens“*:

*„[...] das Verb „arbeiten“ ist ein intransitives Verb. Es hat kein Objekt, und das heisst, es ist auf nichts gerichtet, auf keinen Gegenstand der Veränderung. [...] „Ich arbeite“ beschreibt allerdings ein Tätigsein. Es ist nicht einfach etwas, was mir geschieht, sondern eine Aktivität, die mein Menschsein ausmacht. Es ist ein Tun, an dem sich zeigt, dass ich da bin. Es bestätigt meine Existenz, weil es wie „leben, sterben, stehen, gehen, lachen und wohnen“ eine ihrer Erscheinungs- und Ausdrucksformen ist, ein temporärer Daseinszustand, eine vorübergehende Daseinsweise, zeit- und ortsgebunden. [...] Die Fähigkeit zu arbeiten ist also in erster Linie eine der Potenzialitäten, mit denen Menschen zur Welt kommen [...] Arbeiten befähigt mich, mit der Welt in Berührung zu kommen und sie und mich zu verwandeln.“<sup>140</sup>*

Obwohl der technologische Fortschritt vieles ermöglicht, sind die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer noch immer der wichtigste und entscheidendste Faktor zur Erreichung der Organisationsziele.<sup>141</sup> Die Arbeitnehmerin resp. der Arbeitnehmer selbst hat verschiedene Anforderungen an die Arbeit. Beispielsweise das Gefühl von Erfüllung und das Erreichen von Zielen oder die finanzielle Sicherheit. Die Arbeit gestaltet auch das alltägliche Leben und hilft dem Leben, im besten Fall, mehr Inhalt zu geben.<sup>142</sup>

<sup>138</sup>Herzberg, Mausner & Snyderman, 1959

<sup>139</sup>Altunas, 2014; Cowin, 2002

<sup>140</sup>Gronemeyer, 2012, 22f

<sup>141</sup>Gaki et al., 2013

<sup>142</sup>Cowin, 2002

Die Arbeitszufriedenheit gilt als eines der am häufigsten untersuchten Konzepte der Arbeits- und Organisationspsychologie. Seit der Veröffentlichung der Publikation *„Management and the Worker“* von Roethlisberger und Dickson<sup>143</sup> und der Monographie über Arbeitszufriedenheit von Hoppoek in den 1930er Jahren nahm das Forschungsinteresse an der Arbeitszufriedenheit stark zu. 1969 waren zu dieser Thematik bereits über 4000 Publikationen veröffentlicht worden.<sup>144</sup> Gibt man heute den Begriff *„job satisfaction“* beispielsweise in der Datenbank ISI Web of Knowledge ein, erhält man 57'472 Resultate, bei psychINFO sind es 35'235 Resultate (besucht am: 31. Mai 2015). Gleichzeitig gilt die Arbeitszufriedenheit auch als eines der *„theoriefreisten“* Konzepte – insbesondere für die Zeit von 1935 bis 1990.<sup>145</sup> Kritik wird dahingehend geäußert, dass sich die Forschung, als Ersatz für Theorien, auf statistische Analysen verlassen hat.<sup>146</sup> Auch die, in der Regel, hohen Arbeitszufriedenheitswerte (zwischen 60% und 90%) aufgrund von sozialer Erwünschtheit und kognitiver Dissonanz sind häufige Kritikpunkte an der Arbeitszufriedenheitsforschung.<sup>147</sup> Aus diesen Gründen wurde die Erhebung zur Arbeitszufriedenheit auf eine der wenigen Theorien abgestützt (siehe Kapitel 7.4.3) und basiert auf einer Theorie, die nicht die globale Arbeitszufriedenheit, mit ihren reaktiv hohen Werten, zu erklären versucht, sondern zwischen verschiedenen Formen von Arbeitszufriedenheit resp. Arbeitsunzufriedenheit differenziert.

Kauffeld & Schermuly (2011) nennen drei Gründe, die die Untersuchung und das Anstreben von Arbeitszufriedenheit trotz der Forschungsdichte dennoch rechtfertigen:

*„Da Arbeit einen großen Teil des Tages und somit der gesamten Lebenszeit einnimmt, scheint es aus ethischen und humanitären Gründen erstrebenswert, dass Beschäftigte Zufriedenheit bei ihren beruflichen Tätigkeiten erfahren. Arbeitszufriedenheit kann somit als eigenständiges humanitäres Ziel zur Steigerung der Lebensqualität aufgefasst werden. Weiterhin kann Arbeitszufriedenheit als Mittel für die Erreichung anderer Organisationsziele verstanden werden. So kann Arbeitszufriedenheit in Organisationen angestrebt werden, um Fehlzeiten oder die Fluktuation zu begrenzen oder die Arbeitsleistung zu steigern. Drittens kann Arbeitszufriedenheit als gesellschaftliches Ziel begriffen werden, um über Arbeitszufriedenheit auch Akzeptanz für das vorherrschende Wirtschafts- und Gesellschaftssystem zu schaffen.“*

Abhängig von den gesellschaftlichen, politischen oder ökonomischen Rahmenbedingungen und dem Zeitgeist entwickeln und verändern sich die Arbeitszufriedenheit und ih-

<sup>143</sup>Die Publikation bezieht sich auf die sogenannte Hawthorne-Untersuchung in den Jahren 1927-1939 in den Hawthorne-Werken der Western Electric Company (USA). In eigens geschaffenen Arbeitsräumen wurden die Mitarbeitenden zu Faktoren befragt, die psychisch und physiologisch den Arbeitsverlauf beeinflussen. Unter anderen zeigten die Ergebnisse, dass das sozialpsychologische Klima entscheidender ist als äussere Faktoren wie Pause, Arbeitszeit oder Beleuchtung. (Häcker & Stapf, 2006, 395)

<sup>144</sup>Locke, 1969

<sup>145</sup>Siemund, 2013

<sup>146</sup>Landy & Conte, 2013

<sup>147</sup>Büssing & Bissels, 1998



re Korrelate über die Zeit, was die fortwährende Erforschung der Arbeitszufriedenheit rechtfertigt und legitimiert. Jacquemin (2010) verdeutlicht dies in seiner Arbeit sehr plausibel: Abhängig vom Menschenbild des arbeitenden Menschen und den damit verbundenen Organisationstheorien veränderten sich die Forschung und das Verständnis von Arbeitszufriedenheit. Anfangs gründete das Interesse an der Arbeitszufriedenheit darin, dass zufriedene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch produktivere Mitarbeitende sind.<sup>148</sup> So war um 1900 das Menschenbild des „*homo oeconomicus*“ – der Mensch ist anreizmotiviert und strebt nach Nutzenmaximierung – vorherrschend. Beeinflusst wurde dieses im Rahmen der zunehmenden Industrialisierung und des Arbeitskräftemangels nach dem 1. Weltkrieg.<sup>149</sup> Durch die neuartigen Methoden zur Massenproduktion konnte die Produktivität erhöht werden, so dass Güter billiger produziert und den Arbeiterinnen und Arbeitern höhere Löhne bezahlt werden konnten. Dies wiederum erhöhte die Kaufkraft und stärkte die Nachfrage. So entstanden Massenfertigung und Massenkonsum zeitgleich.<sup>150</sup>

Später standen „*die Auswirkungen der Arbeitszufriedenheit auf die Lebensqualität des Menschen*“ im Fokus des Interesses.<sup>151</sup> Die Human-Relationsbewegung in den 1930er Jahren, nach dem Zusammenbruch der Wall Street prägte das Bild des „*social man*“, der nicht mehr nur nutzenmaximierend handelt, sondern sein Verhalten an den sozialen Normen der (Arbeits-)gruppe ausrichtet und sich als Mitglied in einem sozialen Gefüge versteht. Die Forschung beschäftigte sich – geprägt von diesem Menschenbild – damals vermehrt mit zwischenmenschlichen Beziehungen als Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit, mit sozialen Bedürfnissen und gruppendynamischen Prozessen.<sup>152</sup>

Von 1950 bis 1970 zur Zeit des „*self actualizing man*“, in einem Umfeld wirtschaftlicher Hochkonjunktur und grossem Bedarf an Arbeitskräften, wurde der arbeitende Mensch als durch Selbstverwirklichung und Autonomie motiviert gesehen, der nach sinnvoller Arbeit strebt und die persönliche Weiterentwicklung sucht. Die Forschung beschäftigte sich folgedessen stark mit der menschlichen Motivation.<sup>153</sup>

In der Zeit zwischen 1970 bis 1990 schliesslich entstand ein persönlichkeitsorientiertes Menschenbild, der „*complex man*“. Der Mensch wurde als geleitet von komplexen Motiven verstanden. Das Bewusstsein inter- und intraindividueller Unterschiede und die damit verbundenen Ansprüche an die Arbeit schlugen sich auch in der Arbeitszufriedenheitsforschung nieder. Seit den 1990er Jahren, der Zeit des „*virtual man*“, interessieren vor allem die Selbstverantwortung und Selbstständigkeit des arbeitenden Menschen. Der Mensch gilt als flexibel, passt sich mühelos neuen Technologien an und pflegt seine privaten und geschäftlichen Beziehungen unabhängig von räumlichen und zeitlichen Vorgaben in Netzwerken. Geprägt ist dieses Menschenbild von der Globalisierung, den Entwicklun-

<sup>148</sup> Deutlich wird das im Ansatz des Scientific Management von Talyor

<sup>149</sup> Jacquemin, 2010

<sup>150</sup> Crouch, 2011

<sup>151</sup> Jacquemin, 2010

<sup>152</sup> Kauffeld & Sauer, 2011; Ulich, 2011; von Rosenstiel & Nerdinger, 2011; Jacquemin, 2010

<sup>153</sup> Kauffeld & Sauer, 2011; Ulich, 2011; von Rosenstiel & Nerdinger, 2011; Jacquemin, 2010

gen in den Informations- und Kommunikationstechnologien, aber auch von den Multioptionsgesellschaften und der Individualisierung. Die gesellschaftlichen, ökonomischen und arbeitspolitischen Entwicklungen schlugen sich denn auch in den Forschungsschwerpunkten der Arbeitszufriedenheitsforschung nieder. Diese ist heute geprägt von Fragestellungen zu Work-Life-Balance, Coaching und Beratung oder zu Problemlösungskompetenzen und -ressourcen.<sup>154</sup> Tabelle 7.2 gibt einen Überblick über diese historischen Entwicklungen der Arbeitszufriedenheitsforschung und der vorherrschenden Menschenbilder des Menschen bei der Arbeit. Die Tabelle weist Forschungsschwerpunkte, ausgewählte Studien und Konzepte dazu aus. Dies geschieht vor dem Hintergrund der zugrundeliegenden Menschenbilder und des geschichtlichen Umfelds.

Auch noch heute sind empirische Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit bei Pflegefachpersonen von Bedeutung, einerseits da aufgrund der demographischen Entwicklung – die höhere Lebenserwartung und die niedrigen Geburtenraten erhöhen das Verhältnis alt zu jung in der Bevölkerung – auch der Pflegebedarf wächst. Andererseits besteht weltweit ein Personalmangel an qualifizierten Pflegefachpersonen, intensiviert durch die demographischen Entwicklungen, der den Stress und die Arbeitsbelastung zusätzlich erhöht.<sup>155</sup> Überdies gilt die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen als wesentlicher Indikator für die Leistung von Pflegenden sowie für die Pflegequalität und Produktivität.<sup>156</sup> Diese Ergebnisse zeigen sich für unterschiedlich organisierte und finanzierte Gesundheitswesen.<sup>157</sup> Die Mehrheit der empirischen Untersuchungen zur Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen zeigt, dass etwa 60-80% der Pflegefachpersonen zufrieden mit ihrer Arbeit sind.<sup>158</sup> In den folgenden Kapiteln wird einsteigend der Begriff der Arbeitszufriedenheit definiert, darauffolgend wird ein Überblick über ausgewählte Theorien zur Arbeitszufriedenheit gegeben und auf die Befundlage zur Arbeitszufriedenheitsforschung bei Pflegefachpersonen eingegangen.

---

<sup>154</sup>Kauffeld & Sauer, 2011; Ulich, 2011; von Rosenstiel & Nerdinger, 2011; Jacquemin, 2010

<sup>155</sup>Suadicaní et al., 2013; Zangaro & Soeken, 2007; Trivellas et al., 2013; Lu et al., 2012; DeGieter et al. 2011

<sup>156</sup>Ma et al., 2003; Carrillo-García et al., 2013; Aiken et al., 2001; Trivellas et al., 2013

<sup>157</sup>Aiken et al., 2001

<sup>158</sup>Carrillo-García et al., 2013

Übergang eingeleitet durch Hawthorne-Studien / Beginn Human-Relativos-Bewegung	„Epoche“ / Zeit	Menschenbild	Studien / Konzepte zur Arbeitszufriedenheit	Forschungsschwerpunkte / Gründe für Arbeitszufriedenheit	Geschichtliches Umfeld	Mensch als Maschine (bis in die späten 1960er Jahre)
	„economic man“	1900 bis 1930	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Scientific Management (Taylor, 1911)</li> <li>➤ Psychologie und Wirtschaftsleben (Münsterberg, 1912)</li> <li>➤ Die Sozialisierung der Taylor Systems (Lewin, 1920)</li> <li>➤ Wirtschaft und Gesellschaft (Weber, 1922)</li> <li>➤ General and Industrial Management (Fayol, 1949)</li> </ul>	Physisch / ökonomisch Arbeitsbedingungen (Optimierung Arbeits- und Organisationsstrukturen) / finanzielle Entlohnung	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Industrialisierung</li> <li>➤ Arbeitskräftemangel als Folge des 1. Weltkriegs</li> </ul>	
Humanisierung der Arbeit	„social man“	1930 bis 1950	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Job Satisfaction (Hoppock, 1935)</li> <li>➤ The Function of the Executive (Barnard, 1938)</li> <li>➤ Management and the worker (Roethlisberger &amp; Dickson, 1939)</li> <li>➤ New Patterns of Management (Likert, 1951)</li> <li>➤ Some Social and Psychological Consequences of the Longwall Method of Coalgetting (Trist &amp; Barrforth, 1951)</li> </ul>	Sozial Zwischenmenschliche Beziehungen Grund für Arbeitszufriedenheit / Soziale Bedürfnisse / Gruppendynamische Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Wirtschaftliche Depression als Folge der Weltwirtschaftskrise</li> <li>➤ Hohe Arbeitslosigkeit</li> </ul>	Mensch als Wissenschaftler
	„self-actualizing man“	1950 bis 1970	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Management and Personality (Maslow, 1954)</li> <li>➤ The Motivation to Work (Herzberg et al., 1954)</li> <li>➤ Integrating the Individual and the Organization (Argyris, 1964)</li> <li>➤ Form and Content in Industrial Democracy (Emery &amp; Thorsrud, 1969)</li> </ul>	Selbstverwirklichungsorientiert Humanistische Psychologie / Möglichkeiten der Selbstverwirklichung in der Arbeit / Individuum im Zentrum / Kategorisierung der Bedürfnisse durch Motivationstheorien / Teilautonome Gruppenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hohe Fluktuationsraten und Abwesenheitszeiten</li> <li>➤ Streiks</li> <li>➤ Wirtschaftliche Hochkonjunktur</li> <li>➤ Grosser Bedarf an Arbeitskräften</li> </ul>	
	„complex man“	1970 bis 1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Motivation in Work Organizations (Lawler, 1973)</li> <li>➤ Arbeitszufriedenheit (Bruggemann et al., 1975)</li> <li>➤ Development of the Job Diagnostic Survey (Hackman &amp; Oldham, 1975)</li> </ul>	Persönlichkeitsorientiert Arbeitszufriedenheit als vom Kontext unabhängige und stabile Persönlichkeitszüge / Komplexität und prozedurale Aspekte der Arbeitszufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Hohe Arbeitslosenraten</li> </ul>	
	„virtual man“	Seit 1990	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Market Orientation: Antecedents and Consequences (Jaworski &amp; Kohl (1993)</li> <li>➤ Emotionen bei der Büroarbeit am PC: Ein test der "Affective Events-Theorie" (Wegge &amp; Neuhaus, 2002)</li> <li>➤ Die Employee Quality-Customer-Chain (Hoffmann &amp; Koop, 2004)</li> </ul>	Gefühle und Emotionen am Arbeitsplatz / Coaching und Beratung (Beratungsgesellschaft/Therapeutisierung der Gesellschaft) / Work-Life-Balance / Problemlösungskompetenzen und -ressourcen / Kundenzufriedenheit und -orientierung / Technologie am Arbeitsplatz	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Informations- und Kommunikationstechnologien</li> <li>➤ Globalisierung</li> <li>➤ Multioptionsgesellschaft</li> <li>➤ Endtraditionalisierung</li> <li>➤ Individualisierung</li> <li>➤ Schnelligkeit</li> </ul>	

Abbildung 7.2: Vorherrschendes Menschenbild der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und historische Einbettung (Kaufeld & Sauer, 2011; Ulich, 2011; von Rosenstiel & Nerdinger, 2011; Jacquemin, 2010)

### 7.4.1 Definition Arbeitszufriedenheit

Für den Terminus Arbeitszufriedenheit existiert eine Vielzahl von Definitionen. Eine einheitliche Definition gibt es jedoch nicht. Dies deshalb, weil die Definition von Arbeitszufriedenheit nicht direkt von der Definition von Zufriedenheit abgeleitet werden kann. Dennoch liegt den verschiedenen Definitionen ein gemeinsamer Kern zu Grunde.<sup>159</sup> Die Arbeitszufriedenheit gilt generell „als Resultat eines Bewertung- bzw. Abwägungsprozesses, inwieweit individuelle Ansprüche, Bedürfnisse und Erwartungen durch die Bedingungen und Merkmale der Erwerbstätigkeit erfüllt bzw. befriedigt werden.“<sup>160</sup> Geht man davon aus, dass das Konstrukt der Arbeitszufriedenheit auf motivationspsychologischen Theorien gründet, kann basierend auf der motivationspsychologischen Prämisse, dass Motivation kein stabiler Dauerzustand ist,<sup>161</sup> geschlossen werden, dass auch die Arbeitszufriedenheit über die Zeit nicht stabil bleibt, sondern situations- resp. arbeitsspezifisch ist. Dies rechtfertigt eine fortlaufende Forschung zur Arbeitszufriedenheit.

*„Im allgemeinen psychologischen Verständnis ergibt sich Zufriedenheit aus der Erfüllung unserer Bedürfnisse oder aber aus der Antizipation dieser Erfüllung; Unzufriedenheit ist entsprechend eine Folge der realen oder antizipierten Frustration. [...] dass die Erfüllung unserer Ansprüche erlebt wird als in der Gefühlsregung der Zufriedenheit, ihre Nichterfüllung in der Unzufriedenheit.“<sup>162</sup>*

Beispielhaft sind im Folgenden zwei der bekanntesten und verbreitetsten Definitionen von Arbeitszufriedenheit aufgeführt:

*„Job satisfaction is simply how people feel about their jobs and different aspects of their job. It is the extent to which people like (satisfaction) and dislike (dissatisfaction) their jobs.“<sup>163</sup>*

*„Job satisfaction and dissatisfaction are a function of the perceived relationship between what one wants from one's job and what one perceives it as offering or entailing.“<sup>164</sup>*

Die Arbeitszufriedenheit als Konzept ist gekennzeichnet durch:

- Die Analyseeinheit „Individuum“
- Das Analyseelement „Arbeit“<sup>165</sup>

<sup>159</sup>Siemund, 2013; Neuberger, 1974, 178f.

<sup>160</sup>Siemund, 2013, 106.

<sup>161</sup>Schmalt & Sokolowski, 2006, 525

<sup>162</sup>von Rosenstiel & Nerdinger, 2011, 415

<sup>163</sup>Spector, 1997, 2

<sup>164</sup>Locke, 1969, 316

<sup>165</sup>„Jede Arbeit wirft [...] drei gleichgewichtige Fragen auf: erstens die Frage nach ihrem Wozu, zweitens die nach ihrem Warum [...] und drittens die Frage nach ihrem Wie. Die Moderne sei gekennzeichnet durch das absolute Überwiegen der Frage nach dem Wie. Damit sei streng genommen „alle Arbeit unmöglich geworden. Denn wenn die Frage „wozu?“ keinen Sinn hat, wird die Geste des Arbeitens absurd. In

- Die Messung in Form einer „Bewertung“

Die Arbeitszufriedenheit wird hauptsächlich in „*anonymisierten Massenumfragen*“ erhoben, wobei nicht die Arbeitszufriedenheit einzelner Personen, sondern die Arbeitszufriedenheit von Abteilungen, Gesamtorganisationen oder Berufsgruppen analysiert wird. Die Arbeitszufriedenheit wird als Humanziel von Organisationen angesehen, obwohl einzelne Untersuchungen die Arbeitszufriedenheit auch als Zwischenziel zur Erreichung von Leistungszielen erachten. Unter der „*Homo-oeconomicus-Prämisse*“ wurde die Arbeitszufriedenheit lange vernachlässigt, da davon ausgegangen wurde, dass der Mensch dort arbeitet, wo er für seine Arbeit den grössten Nutzen erhält. Dies führte für die Arbeitnehmenden zu inhumanen Bedingungen. Seit der Humanisierung des Arbeitslebens in den 1980er Jahren gilt die Arbeitszufriedenheit als „*Indikator der Humanisierung*“<sup>166</sup>. Damit ein Mensch produktiv, erfolgreich und glücklich bei der Arbeit sein kann, muss er zufrieden sein.<sup>167</sup> Auch im Zusammenhang mit der Arbeitsmotivation, dem Verhalten bei der Arbeit sowie der Kündigungsabsicht (siehe Kapitel 7.5 Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen) kommt der Zufriedenheit grosse Bedeutung zu.<sup>168</sup>

Ausserdem kann die Arbeitszufriedenheit aus zwei Perspektiven definiert werden: die intrinsische und extrinsische Zufriedenheit. Die intrinsische Arbeitszufriedenheit orientiert sich an den Gefühlen gegenüber den Arbeitstätigkeiten, die extrinsische Arbeitszufriedenheit an den Gefühlen gegenüber bestimmten Aspekten der Arbeitssituation, die nicht in der Tätigkeit selbst liegen.<sup>169</sup> Unterschiede ergeben sich nicht nur aufgrund von Charakteristiken der Arbeit oder des Arbeitskontextes, sondern auch aufgrund der unterschiedlichen Werte, die jemand gegenüber seiner Arbeit hat.<sup>170</sup> Diese Werte können durch die Arbeit resp. den Arbeitskontext befriedigt werden oder nicht. Deshalb hat die Arbeitszufriedenheit mit individuellen Wahrnehmungen und Evaluationen der Arbeit zu tun und diese Wahrnehmung ist beeinflusst von personenspezifischen Umständen wie Bedürfnissen, Werten und Erwartungen (siehe Hypothesen H.1 und H.7 Kapitel 7.2.2 Befundlage berufliche Identität von Pflegefachpersonen).<sup>171</sup>

### 7.4.2 Theorien der Arbeitszufriedenheit

Zur Erklärung der Arbeitszufriedenheit werden häufig Theorien der allgemeinen Motivationspsychologie herangezogen. Einzelne Theorien der Motivationspsychologie können auf das Phänomen der Arbeitszufriedenheit gut übertragen werden. Diese Theorien machen jedoch keine Aussagen zur Entstehung der Arbeitszufriedenheit, sondern sind eher

---

der Tat wird gegenwärtig die Arbeit im klassischen und modernen Sinn durch das Funktionieren ersetzt.““ (Gronemeyer, 2012, 105)

<sup>166</sup> von Rosenstiel & Nerdinger, 2011

<sup>167</sup> Altunas, 2014

<sup>168</sup> Bosswell et al., 2009; Brauchli et al., 2014; Delobelle et al., 2010

<sup>169</sup> Sabanciogullari & Dogan, 2015

<sup>170</sup> Sabanciogullari & Dogan, 2015

<sup>171</sup> Cavanagh, 1992; Caricati et al., 2014

beschreibender Natur. Nur wenige Motivationstheorien wurden explizit für den Bereich Arbeit entwickelt. Ausnahmen sind beispielsweise das Job-Characteristics-Modell von Hackman & Oldham oder die Selbstbestimmungstheorie der Motivation von Deci & Ryan.<sup>172</sup>

Die Theorien der Arbeitszufriedenheit gliedern sich einerseits in Inhaltstheorien und andererseits in Prozesstheorien:

- Inhaltstheorien „fokussieren die zentralen Inhalte der Motive und damit die Motivquellen“<sup>173</sup> und „beschreiben menschliche Bedürfnisse bzw. Merkmale der Arbeit, welche bei befriedigender Ausprägung zur Entstehung von Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit beitragen.“<sup>174</sup> Sie machen Aussagen darüber, wie eine Person zur Arbeit bewegt wird und was sie anstrebt.<sup>175</sup> Zu den Inhaltstheorien können die Bedürfnispyramide von Maslow, die E.R.G.-Theorie von Alderfer, die Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg oder die X-Y-Theorie von McGregor gezählt werden.<sup>176</sup> Nachfolgend werden ausgewählte Inhaltstheorien kurz beschrieben:
  - **Scientific Management von Frederik W. Taylor (1911):** Entstand im Zuge der Industrialisierung und mechanisierten Massenproduktion. Ziel war maximale Produktivität zu erzielen und die Ausbeutung der Arbeiterinnen und Arbeiter zu verhindern. Die Idee war, durch Produktivitätssteigerung und höhere Löhne mehr Wohlstand zu erzielen. Vorgehen: Als Erstes erfolgte die Zerlegung der Arbeit in möglichst kleine Schritte, anschliessend wurden Zeit- und Bewegungsanalysen zur Bestimmung der besten Variante und Optimierungsmöglichkeiten durchgeführt. Das Ergebnis war eine Normierung und Standardisierung mit einer exakten Vorschrift der Arbeit – der „one best way“.<sup>177</sup> Wie viele Zielsetzungstheorien basiert dieser Ansatz auf der Annahme, dass klare, herausfordernde Ziele leistungssteigernd wirken, wenn sie erreichbar, transparent und belohnt sind. Die partialisierte Form der Arbeit gilt heute für den Menschen als eigenverantwortliches Wesen als unmenschlich. Der Vergleich des Menschen mit einer Maschine und einem Störfaktor ist inhuman. Die einseitige Belastung hat Überlastungen, Fehlbeanspruchungen und Unzufriedenheit zur Folge. Dem zentralen Kontroll- und Planungsaufwand stehen Flexibilität, Innovation, Weiterentwicklung und Qualität gegenüber.<sup>178</sup>
  - **Theorie der menschlichen Motivation: die Bedürfnispyramide nach Abraham H. Maslow (1943):** Maslow erklärte die menschliche Motivation

<sup>172</sup>Siemund, 2013, 110ff

<sup>173</sup>Kauffeld & Schermuly, 2011

<sup>174</sup>Siemund, 2013, 110f

<sup>175</sup>Myers, 2008

<sup>176</sup>Kirchler & Rodler, 2002

<sup>177</sup>Felfe, 2012; Ulich, 2011

<sup>178</sup>Felfe, 2012

mittels eines hierarchischen Motivationsmodells<sup>179</sup> der menschlichen Bedürfnisse.<sup>180</sup> Die Grundannahme ist, dass ein Mensch immer als Ganzes motiviert ist. Eine hierarchische Pyramide widerspiegelt die Wertigkeit der Motive. Die Aktivierung der ranghöheren Bedürfnisse erfolgt bei Befriedung der rangniedrigeren.<sup>181</sup> Es gibt übergeordnete Bedürfnisklassen (Defizit- und Wachstums-motive) und fünf Bedürfnisse: Physiologische Bedürfnisse wie Hunger, Schlaf, Sicherheits- (Schutz vor Krieg, Krankheiten, Kriminalitätswellen etc.), Sozialbedürfnisse (Liebe, Zuneigung, Zugehörigkeit), Bedürfnisse nach Anerkennung und Wertschätzung<sup>182</sup>, Bedürfnisse nach Selbstverwirklichung. Problematisch sind die Operationalisierung und Überprüfbarkeit der Theorie.<sup>183</sup> Die Hierarchie ist zum Teil willkürlich und die Rangfolge der Bedürfnisse ist nicht universell.<sup>184</sup> Maslows Theorie gilt als nicht zeitgemäss. Die einzelnen Bedürfnisse sind schwer voneinander abzugrenzen. Dennoch leistete die Theorie durch die Ausformulierung des Selbstverwirklichungsbedürfnis einen grossen Beitrag für die Arbeitswelt, speziell für das Feld der Persönlichkeitsentwicklung.<sup>185</sup>

- **Die E.R.G.-Theorie von Clayton Alderfer (1969):** Die Theorie ist eine Weiterentwicklung der Bedürfnispyramide von Maslow. Die Kernbedürfnisse sind Grundelemente der Motivation. Wünsche äussern sich in komplexen Zielen, die sich aus einer Mischung der Kernbedürfnisse ergeben. Unterschieden werden die Folgenden: Existenzbedürfnisse (existence: materielle und physiologische Bedürfnisse wie Hunger, Arbeitsbedingungen) Beziehungsbedürfnisse (relatedness: Bedürfnis nach Beziehungen wie Familienmitglieder, Untergebene, Arbeitskollegen, Vorgesetzte, Freunde oder Feinde.)<sup>186</sup> und Wachstumsbedürfnisse (growth: Bedürfnisse, eine Person produktiv werden lassen. Die Theorie basiert auf sieben Hauptvoraussetzungen: siehe dazu Alderfer (1969).
- **Die Zwei-Faktoren-Theorie von Frederick Herzberg (1968):** Herzberg geht in seiner Theorie davon aus, dass Arbeitszufriedenheit und -unzufriedenheit keine Gegensätze sind. Das Gegenteil von Arbeitszufriedenheit ist keine Zufriedenheit und umgekehrt. Die Mitarbeitermotivation erfolgt nicht über das Management, sondern durch Arbeitsumgebung und Arbeitsbedingungen.<sup>187</sup> Arbeitszufriedenheit und -unzufriedenheit werden von sogenannten Motivatoren und Hygienefaktoren beeinflusst. Motivatoren beziehen sich auf den Arbeitsinhalt (Kontentfaktoren). Sie wirken intrinsisch (Anerkennung, Ar-

---

<sup>179</sup> von Rosenstiel & Nerdinger, 2011

<sup>180</sup> Maslow, 1943; Ulich, 2011

<sup>181</sup> Goble, 1970, Kirchler, 2005

<sup>182</sup> Maslow, 1943, 1968, 2008; Goble, 1970

<sup>183</sup> Ulich, 2011; Wahba & Bridwell, 1976; Hall & Nougaim, 1968

<sup>184</sup> Myers, 2008; Tay & Diener, 2011

<sup>185</sup> Kirchler & Rodler, 2002; Neher, 1991

<sup>186</sup> Alderfer, 1969

<sup>187</sup> Hackman & Oldham, 1976; Hackman, 1980

- beit selbst, Verantwortung und Entwicklungsmöglichkeiten). Hygienefaktoren beziehen sich auf die Arbeitsumgebung (Kontextfaktoren: Vorschriften, zwischenmenschliche Beziehungen, Arbeitsbedingungen, Lohn).<sup>188</sup> Die Theorie führte dazu, dass sich die Organisationspsychologie vermehrt mit der Arbeitsgestaltung auseinander gesetzt hat. Kritisiert wird sie, weil sie die Folge eines methodischen Artefakts ist. Sie liefert keine Erklärungen für interpersonelle Unterschiede und spezifiziert nicht, wie das Vorhandensein oder Fehlen von Motivatoren für bestehende Berufe gemessen werden.<sup>189</sup>
- **Die X-Y-Theorie von Douglas McGregor (1957):** Die X-Y-Theorie geht davon aus, dass das Management den Unternehmenserfolg bestimmt. Die Theorien X und Y beschreiben vereinfacht implizite Persönlichkeitstheorien von Managerinnen und Managern, die deren Führungsstil bestimmen.<sup>190</sup> In Theorie X geht das Management davon aus, dass die Arbeitnehmenden faul sind, ihnen Ambitionen fehlen, sie geführt werden wollen, keine Verantwortung übernehmen, Ich-bezogen, gleichgültig gegenüber Bedürfnissen der Organisation, resistent gegenüber Veränderungen, naiv, nicht sehr intelligent und leicht zu übertölpeln sind. McGregor kritisiert die Theorie X als basierend auf Vorurteilen und als unzulänglich. Deshalb beschreibt er Theorie Y. Die Annahmen dieser Theorie sind: Das Management muss Elemente eines produktiven Unternehmens im Hinblick auf ökonomische Ziele organisieren. Menschen sind nicht von Natur aus passiv oder resistent gegenüber Bedürfnissen der Organisation. Motivation, Entwicklungspotential, Verantwortung übernehmen, Bereitschaft nach Organisationszielen zu handeln, sind im Menschen gegenwärtig. Die Verantwortung des Managements ist es, Menschen zu befähigen.<sup>191</sup> Folgedessen sind Führungsverhalten und Verhalten der Geführten nach dem Prinzip der selbsterfüllenden Prophezeiung voneinander abhängig. Kontrolliert eine Führungskraft ihre Mitarbeitenden stark, werden diese passiv. Die Führungsperson sieht sich bestätigt. Umgekehrt kann das Führungsverhalten gemäss Theorie Y positives Verhalten auslösen.<sup>192</sup>
  - Prozesstheorien *„konzentrieren sich hingegen auf die psychologischen Prozesse, die dazu führen, dass und wie eine Handlung durchgeführt wird“*<sup>193</sup> und *„versuchen zu erklären, warum ein bestimmtes Handlungsziel gewählt wird und wie dabei Arbeitszufriedenheit entstehen kann.“*<sup>194</sup> Bei Prozesstheorien stehen Antrieb, Richtung und Ausführung einer Handlung im Mittelpunkt. Bekannte Prozesstheorien sind die Valenz-Instrumentalität-Theorie von Vroom, die Zielsetzungs-Theorie von Lo-

<sup>188</sup> Herzberg, 1968

<sup>189</sup> Hackman & Oldham, 1976; Hackman, 1980

<sup>190</sup> Kirchler, 2005

<sup>191</sup> McGregor, 1957

<sup>192</sup> Kirchler, 2005

<sup>193</sup> Kauffeld & Schermuly, 2011

<sup>194</sup> Siemund, 2013, 110f



cke oder das Motivationsmodell von Porter und Lawler.<sup>195</sup>

- **Valenz-Instrumentalität-Erwartungs-Theorie von Vroom:** „Die Theorie besagt, dass Menschen solche Alternativen wählen, die den subjektiven Nutzen maximieren und von denen sie erwarten, dass das erwünschte Ziel auch erreicht werden kann. Zentrale Variablen sind Valenz, Instrumentalität und Erwartung.“<sup>196</sup> Die Valenz-Instrumentalität-Erwartungs-Theorie (VIE-Theorie) wurde empirisch breit geprüft. Methodische Kritik richtet sich an die multiplikative Verknüpfung der Variablen, da die Unabhängigkeit dieser dafür Bedingung ist. Eine Multiplikation bräuchte rationalskalierte Daten. Bessere Prognosen wurden mit einer additiven oder regressionsanalytischen Verknüpfung erzielt.<sup>197</sup>
- **Equity-Theorie von Adams (1965):** Im Zentrum steht bei dieser Theorie die Verteilungsgerechtigkeit. Die eigenen Aufwendungen und Erträge müssen den Aufwendungen und Erträgen einer anderen Person entsprechen. Der Ertrag wird als gerecht erlebt, wenn das Verhältnis der eigenen Aufwendungen und des eigenen Ertrags dem Verhältnis von Aufwand und Leistung anderer entspricht. Ist dies nicht der Fall wird Diskordanz, Inequity oder Ungerechtigkeit erlebt. Um mit der Ungerechtigkeit umzugehen, hat eine Person verschiedene Möglichkeiten, beispielsweise kann sie den Input senken oder ihren Output verbessern.<sup>198</sup> Die Equity-Theorie löste viel Forschung aus und erklärte in der Arbeitsmotivation viele Phänomene. Unklar bleibt jedoch, wie Vergleichspersonen gewählt werden, welche Inhalte als Aufwendungen und Erträge zählen, wie und ob diese gewichtet werden und ob die Erträge und Aufwendungen voneinander unabhängig sind. Der wissenschaftliche Wert ist dadurch eingeschränkt, aber der praktische nicht. Die Equity-Theorie unterstützt Praktikerinnen und Praktiker im Verständnis der Mitarbeitenden und sensibilisiert Führungskräfte.<sup>199</sup>
- **Zielsetzungstheorie von Locke & Latham (1984, 1990):** Die Theorie gründet auf der Annahme, dass Ziele motivieren und dem Umstand, dass einige Menschen (unabhängig von Fähigkeiten und Wissen) in Aufgaben besser abschneiden als andere. Ziele dienen dazu, die Aufmerksamkeit auf handlungsrelevante Aspekte zu lenken und die Anstrengung zu regulieren. Ziele geben eine Handlungsrichtung vor. Locke & Latham (1984, 1990) unterscheiden zwischen Zielerreichungsschwierigkeit und Aufgabenschwierigkeit. Grundlegende Annahmen der Theorie sind:

- \* Schwierige, aber erreichbare Ziele führen zu höherer Leistung als leichte und mittlere Ziele.

---

<sup>195</sup>Kirchler & Rodler, 2002

<sup>196</sup>Kirchler, 2005, 611

<sup>197</sup>Nerdinger, 2013

<sup>198</sup>Kirchler, 2005, 401ff

<sup>199</sup>Nerdinger, 2013

- \* Je expliziter, herausfordernder oder spezifisch ein Ziel ist, desto besser ist die Leistung.
- \* Die Zielbindung ist am stärksten, wenn die Ziele spezifisch und herausfordernd sind. Spezifische und herausfordernde Ziele führen zu besserer Leistung. Einfache oder vage Ziele brauchen weniger Einsatz und sind einfach zu erreichen.
- \* Wenn die Zielerreichung unmöglich scheint, nimmt die Bindung ab.<sup>200</sup>

Moderatorvariablen sind z.B. Selbstwirksamkeit, Rückmeldung, Zielbindung, Zielbedeutung oder Aufgabenkomplexität.<sup>201</sup> „Die zentrale Aussage der Theorie, dürfte eine der empirisch am klarsten bestätigten Hypothesen der Arbeits- und Organisationspsychologie sein.“<sup>202</sup> Folgende Schattenseiten der Theorie wurden diskutiert: wenn Ziele zu spezifisch sind, führen sie zu verringerter Kooperation. Ständig wachsender Druck kann Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu unethischem Verhalten motivieren, ebenso wie Stress und destruktives Führungsverhalten.<sup>203</sup>

- **Bruggemann-Modell von Bruggemann, Grosskurth & Ulich (1975):**  
Auch Zürcher Modell der Arbeitszufriedenheit genannt (siehe Kapitel 7.4.3)

### 7.4.3 Das Bruggemann-Modell

Von den zuvor beschriebenen Modellen wird das Bruggemann-Modell (auch: Zürcher Modell der Arbeitszufriedenheit) herausgegriffen und in diesem Teilkapitel näher erläutert, da das Modell die theoretische Grundlage für die empirische Erhebung zur Arbeitszufriedenheit in der vorliegenden Arbeit bildet. Ausgehend vom Bruggemann-Modell werden fünf Formen der Arbeitszufriedenheit erhoben.

1975 entwickelten Bruggemann, Grosskurth und Ulich ein Modell, dass die Arbeitszufriedenheit sowohl inhaltlich in „voneinander abhebbaren Facetten der Arbeitssituation“ als auch „nach den intrapsychischen Verarbeitungsprozessen, die zu ihr führen“ differenziert.<sup>204</sup> Kern des Modells sind Ist- und Soll-Wert-Vergleiche. Bruggemann et al. (1975) nehmen an, dass sich in Interaktions- und Rückkopplungsprozessen von Determinanten des Arbeitsplatzes und der Motivstruktur des Arbeitnehmers – sie sind nicht statisch, sondern verändern sich ständig – die aus den Ist-Soll-Vergleichen resultierende Arbeitszufriedenheit ständig mehr oder weniger verändert. Beeinflusst werden diese Vergleiche durch „Determinanten allgemeinerer Natur“ (beispielsweise das soziale System,

<sup>200</sup>Locke & Latham, 1984; Locke & Latham, 1990; Locke, 1996; Kirchler, 2005

<sup>201</sup>Locke & Latham, 2002; Kirchler, 2005

<sup>202</sup>Kirchler, 2005, 364

<sup>203</sup>Nerdinger, 2013

<sup>204</sup>von Rosenstiel, 2014

die Machtstruktur, das technologische System) und durch „*Determinanten des Individuums*“ (wie Geschlecht, Alter, Betriebszugehörigkeitsdauer). Denn beispielsweise durch die Dauer der Betriebszugehörigkeit verändern sich die Ansprüche und Erwartungen an die Arbeit. Die Ansprüche und Erwartungen können entweder verstärkt – eventuell mit resultierender Anspruchserhöhung – oder frustriert werden – eventuell mit resultierender Anspruchsreduktion. In Anlehnung an die Ansätze von Vroom, Maslow oder Adams (siehe Kapitel 7.4.2; Beschreibung von ausgewählten Arbeitszufriedenheitstheorien) gehen Bruggemann et al. (1975) nun davon aus, dass sich Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einerseits in der Beurteilung des Arbeitsverhältnisses hinsichtlich ihrer Bedürfnisse, Ziele und Präferenzen unterscheiden und andererseits durch die Bewertung der Erträge aus dem Arbeitsverhältnis unterschiedliche Erwartungswerte resultieren. Somit kann das Arbeitsverhältnis abhängig von der Erwartung als gerecht oder ungerecht beurteilt werden und folglich als befriedigend oder unbefriedigend.

Welche Auswirkungen hat die Befriedigung oder Nicht-Befriedigung nun auf die Arbeitszufriedenheit? Wenn die Befriedigung der Bedürfnisse über lange Zeit aufrechterhalten wird, fördert dies die Erhöhung des Anspruchsniveaus – die Bedürfnisse und Interessen können erweitert werden. Dies bildet die Grundlage für die progressive oder stabilisierte Arbeitszufriedenheit (Abbildung 7.3).

Wenn die Bedürfnisse allerdings nicht erfüllt werden, bleiben Belastungen bestehen, es gibt keine Erfolgsbestätigung und das Anspruchsniveau wird nicht erhöht. Das ist die Ausgangslage für die resignative Arbeitszufriedenheit, die Pseudoarbeitszufriedenheit sowie für die fixierte und konstruktive Arbeitsunzufriedenheit. Hier unterscheiden sich die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer hinsichtlich ihrer Problemlösung. Entweder ist das Individuum zur Problemlösung motiviert oder es sieht keinen Ausweg und empfindet jegliche Anstrengung als aussichtslos. Das Anspruchsniveau der Arbeitnehmenden kann als Folge gesenkt oder die Wahrnehmung kann positiv verzerrt werden. Deshalb sind hohe Prozentanteile zufriedener Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht vorbehaltlos ein Indiz für eine befriedigende Tätigkeit. Gründe, weshalb unzufriedene Mitarbeitende nicht kündigen, sondern ihr Anspruchsniveau anpassen, können die sozialen Normen oder das Prestige des Berufs sein.<sup>205</sup>

Ausgehend von diesen Ausführungen erklären Bruggemann et al. (1975) die Entstehung der unterschiedlichen Formen der Arbeitszufriedenheit anhand von drei Prozessen:

- „*Befriedigung bzw. Nicht-Befriedigung der Bedürfnisse und Erwartungen zu einem gegebenen Zeitpunkt;*
- *Erhöhung, Aufrechterhaltung oder Senkung des Anspruchsniveaus als Folge von Befriedigung oder Nicht-Befriedigung;*
- *Problemlösung, -fixierung, -verdrängung im Falle der Nicht-Befriedigung.*“<sup>206</sup>

---

<sup>205</sup>Bruggemann et al., 1975

<sup>206</sup>Bruggemann et al., 1975, 132

Aus der Abwägung des Ist-Soll-Werts von Befriedigungsmöglichkeiten und tatsächlicher Befriedigung ergibt sich entweder Zufriedenheit oder Unzufriedenheit.

Im Falle der Zufriedenheit sind die folgenden Formen möglich:

- *Progressive Arbeitszufriedenheit*: Bei dieser Arbeitszufriedenheitsform werden die Erwartungen und das Anspruchsniveau gesteigert. Diese Form der Arbeitszufriedenheit führt dadurch wiederholt zu einem Zufriedenheitsdefizit und zu sogenannter „Schöpferische Unzufriedenheit“.
- *Stabilisierte Arbeitszufriedenheit*: Hier bleiben das Anspruchsniveau und die Erwartungen gleich. Die Befriedigung von nicht-arbeitsbezogenen Bedürfnissen rückt in den Vordergrund. Doch die Arbeitnehmerin resp. der Arbeitnehmer ist motiviert die befriedigende Arbeitssituation beizubehalten.<sup>207</sup>

Bei Unzufriedenheit nehmen Bruggemann et al. (1975) folgende Formen der Arbeitszufriedenheit resp. -unzufriedenheit an:

- *Resignative Arbeitszufriedenheit*: Die Problemsituation wird hier damit gelöst, dass das Anspruchsniveau gesenkt wird. Der Ist-Soll-Vergleich erfolgt dann auf dem reduzierten Anspruchsniveau. Die Arbeitszufriedenheit ergibt sich hier als Folge von Resignation.
- *Konstruktive Arbeitsunzufriedenheit*: Bei dieser Form der Arbeitsunzufriedenheit wird das Anspruchsniveau aufrechterhalten. Die Mitarbeiterin resp. der Mitarbeiter ist motiviert, mit Lösungsversuchen die Situation zu ändern und zeichnet sich durch eine erhöhte Frustrationstoleranz und Veränderungsmotivation aus.
- *Fixierte Arbeitsunzufriedenheit*: Auch hier bleibt das Anspruchsniveau erhalten, doch die Mitarbeiterin resp. der Mitarbeiter ist nicht motiviert Lösungsversuche zu finden. Sie resp. er verfügt zwar über eine ausreichende Frustrationstoleranz, die allerdings in Verdrängung und Situationsverfälschung zum Ausdruck kommt.
- *Pseudo-Arbeitszufriedenheit*: Diese Form der Arbeitszufriedenheit kann aus der fixierten Arbeitsunzufriedenheit entstehen. Dabei wird das Anspruchsniveau nicht gesenkt resp. kann nicht gesenkt werden, während die Frustrationstoleranz überstiegen wird. Lösungen sind Problemverdrängung und Situationsverfälschungen.<sup>208</sup> In dieser Arbeit wird diese Form der Arbeitszufriedenheit nicht erhoben, da sie in früheren empirischen Untersuchungen nicht bestätigt werden konnte.

---

<sup>207</sup>Bruggemann et al., 1975

<sup>208</sup>Bruggemann et al., 1975

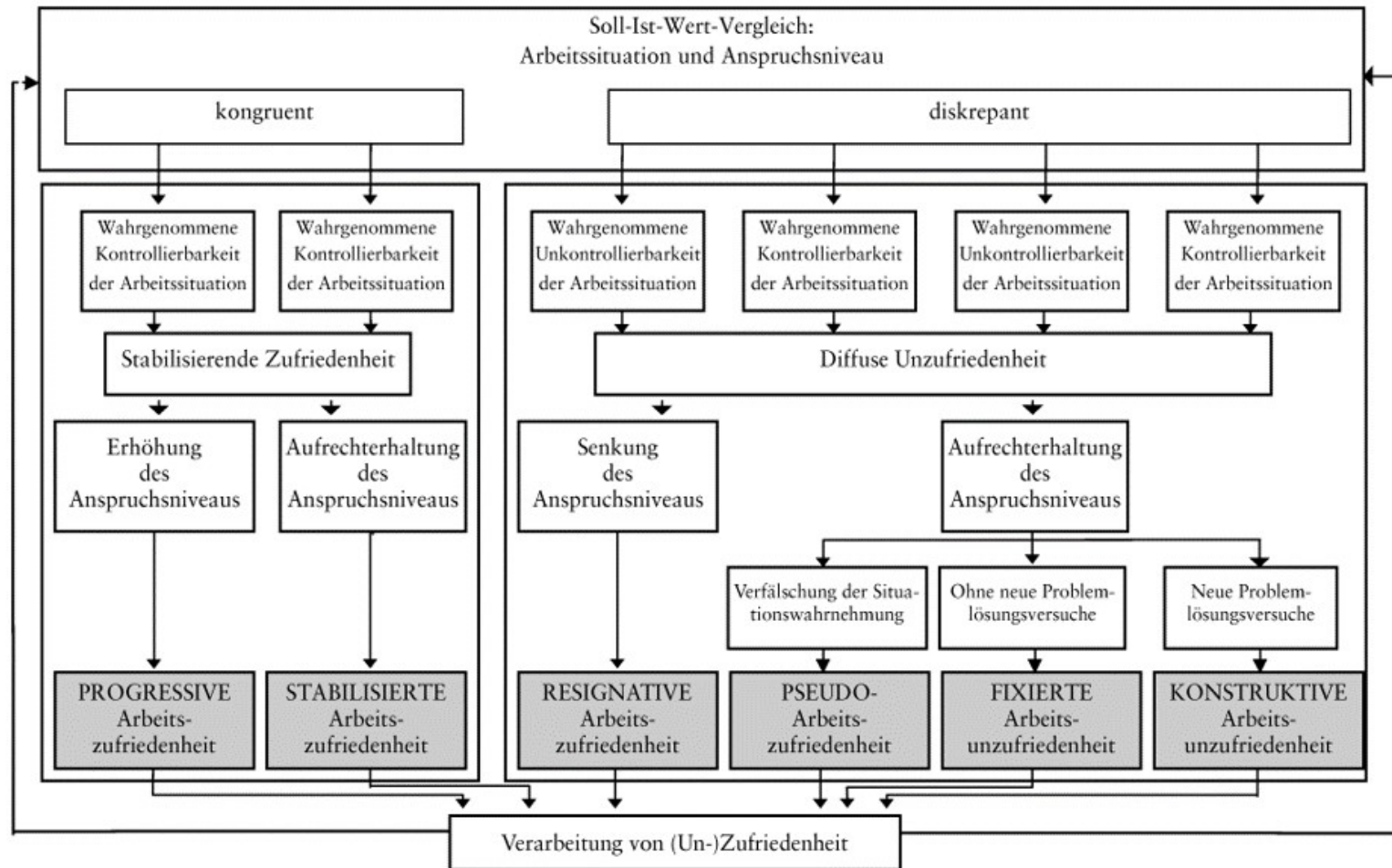


Abbildung 7.3: Das Bruggemann-Modell (Bruggemann et al., 1975)

## 7.4.4 Befundlage Arbeitszufriedenheit im Pflegeberuf

Die Tradition der Arbeitszufriedenheitsforschung in der Pflege geht auf die 1940er Jahre zurück. Damals wurden Faktoren wie das Einkommen, die Arbeitsstunden, die Beziehung zu den Vorgesetzten, das Interesse an der Arbeit oder die Weiterentwicklungsmöglichkeiten als zufriedenheitsrelevant identifiziert. Vor und in den 1970er Jahren konzentrierte sich die Forschung auf die Aufgaben und Rollen des Managements. Dann in den späten 1970er und frühen 1980er Jahren befasste sich die Forschung mit Prädiktoren für die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen, beispielsweise mit den organisationalen Charakteristiken. In den vergangenen Jahrzehnten lag der Fokus schliesslich auf den Faktoren, die die Arbeitszufriedenheit beeinflussen.<sup>209</sup> In der Schweiz wurden erst 1988/89 die ersten Erhebungen zur Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen durchgeführt.<sup>210</sup>

Die ursprüngliche Hauptmotivation der Forschung zur Arbeitszufriedenheit war, eine Verbindung zwischen der Arbeitszufriedenheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und der Arbeitsleistung zu finden. Generell konnte gezeigt werden, dass eine Verbindung der Arbeitszufriedenheit mit der Fluktuation und mit den Fehlzeiten besteht, sowie mit der Motivation und der Leistung.<sup>211</sup> Die Arbeitszufriedenheit ist negativ korreliert mit der Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen.<sup>212</sup> Bei unzufriedenen Pflegenden besteht eine 65% höhere Wahrscheinlichkeit zu kündigen, als bei zufriedenen Pflegefachpersonen.<sup>213</sup> Bruggemann et al. (1975) postulieren, dass sich die stabilisierte und progressive Arbeitszufriedenheit günstig auf die Kündigungsabsicht auswirken, während die konstruktive und die fixierte Arbeitsunzufriedenheit einen negativen Einfluss auf die Kündigungsabsicht haben. Die resignative Arbeitszufriedenheit wirkt sich, nach Bruggemann et al. (1975), bei mangelnden Alternativstellen positiv auf die Kündigungsabsicht aus.<sup>214</sup>

*Hypothese H.12: Die stabilisierte und progressive Arbeitszufriedenheit korrelieren negativ mit der Kündigungsabsicht. Die konstruktive und die fixierte Arbeitsunzufriedenheit sowie die resignative Arbeitszufriedenheit korrelieren positiv mit der Kündigungsabsicht.*

Forscher gehen davon aus, dass obwohl die Arbeitszufriedenheit einerseits Ausdruck der affektiven Orientierung der Arbeitnehmenden gegenüber der Arbeit ist, sie andererseits ein globales Gefühl darstellt. Dabei steht die Arbeitszufriedenheit mit verschiedenen Einstellungen, Aspekten und Facetten der Arbeit in wechselseitiger Beziehung. Deshalb wird in Erhebungen zur Arbeitszufriedenheit abhängig vom Forschungsinteresse ein glo-

<sup>209</sup>Ma et al., 2003

<sup>210</sup>Müller & Seidl, 2000

<sup>211</sup>Seo et al., 2004; Lu et al., 2012; Blegen, 1993; Caricati et al., 2014

<sup>212</sup>Applebaum et al., 2010; Chan et al., 2009; Lu et al., 2005; Delobelle et al., 2010

<sup>213</sup>Liu et al., 2011; Beecroft, Dorey & Wenten, 2008; Barron & West, 2005; Tourangeau & Cranley, 2006; Tai et al., 1998

<sup>214</sup>Bruggemann et al., 1975

baler Forschungsansatz oder ein Facettenansatz verwendet. Der globale Zugang wird in der Forschung angewendet, wenn die allgemeine Arbeitszufriedenheit von Interesse ist. Der Facetten-Ansatz wird gewählt, wenn Faktoren, die zu Arbeitszufriedenheit resp. -unzufriedenheit führen interessieren.<sup>215</sup> In der Literaturreview von Utriainen & Kyngäs (2009) wird deutlich, dass sich die Forschung zum Facettenansatz auf die Faktoren konzentriert, die das Wohlbefinden bei der Arbeit beeinflussen, wie beispielsweise das ethische Klima, die Organisationsstrukturen, die Werte oder demographische Faktoren.<sup>216</sup>

Allgemein verwendet die Mehrheit der Forschung zur Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen ein quantitatives Erhebungsdesign.<sup>217</sup> Nicht nur quantitative Erhebungen wurden zur Arbeitszufriedenheit von Pflegenden durchgeführt, sondern auch die qualitative Forschung beschäftigte sich mit der Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen. Die qualitativen Studien fanden ähnliche Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit wie die quantitativen Untersuchungen: so beispielsweise den Einfluss von Arbeitsbedingungen (Arbeitsplan, Beziehungen am Arbeitsplatz), Lohn und Entwicklungsmöglichkeiten, sowie Beziehungen zu Teammitgliedern und Vorgesetzten, Belohnungen, Unterstützung durch die Organisation, Beziehung zu Patienten und Zeit für die Pflege<sup>218</sup> oder Arbeitsumfeld, Arbeitsbelastung sowie Mitsprache und Autonomie.<sup>219</sup>

In den vergangenen Jahren haben der globale Personalmangel und der wachsende Personalbedarf an Pflegefachpersonen die Bedeutung der Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen sowohl in Industrienationen als auch in Entwicklungsländern verschärft. Dies äusserte sich im wachsenden Interesse, Möglichkeiten zu finden, die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen zu verbessern und die Kündigungen von Pflegenden zu mindern.<sup>220</sup> Die Kosteneinsparungen in den Industriestaaten setzen in der Regel dort, an wo der Kostenanteil am grössten ist – bei den Personalkosten. Das erklärte Ziel dabei ist, in den Spitälern die Betriebskosten zu senken und die Effizienz zu steigern. Dazu werden „1) *Fixe Budgetierung von öffentlichen Spitälern und / oder Kontrolle der Anzahl öffentlicher Spitäler und Spitalbetten durch den Staat*; 2) *Umgestaltung des Spitalsystems durch Zusammenschluss von Spitälern, Optimierung von Abläufen und Prozessen, Re-Konfiguration von Rollen, Verantwortung und Service, Verkürzung der Spitalaufenthaltsdauer, Abbau von Akutbetten und Verlagerung von stationärer Pflege in den ambulanten Bereich, Reduzierung der Personalkosten durch Stellenabbau oder Ersatz von professionellem Personal durch weniger gut ausgebildetes Personal*“ als Massnahmen eingesetzt.<sup>221</sup>

Der Personalmangel im Gesundheitswesen ist beeinflusst von einem wachsenden Bedarf

---

<sup>215</sup>Lu et al., 2005

<sup>216</sup>Utriainen & Kyngäs, 2009

<sup>217</sup>Utriainen & Kyngäs, 2009

<sup>218</sup>Lu et al., 2012; Laschinger, 2012

<sup>219</sup>McNeese-Smith, 1999; Blegen, 1993

<sup>220</sup>Park & Kim, 2009; Coomber & Barriball, 2007; Lu et al., 2012; Larrabee et al., 2003; Delobelle et al., 2010

<sup>221</sup>Schubert et al., 2005

an qualifiziertem Pflegepersonal aufgrund der Fortschritte in der Medizintechnologie, der höheren Lebenserwartung und einer grossen Zahl an Menschen mit chronischer Erkrankung. Aber auch die steigende Verantwortung und die veränderte Rolle von Pflegefachpersonen beeinflussen die Arbeit in der Pflege.<sup>222</sup> Diese Entwicklungen fordern hoch qualifizierte und erfahrene Pflegekräfte,<sup>223</sup> auch, weil Pflegenden im Spitalkontext eine bedeutende Rolle zukommt. Im Idealfall sind Pflegefachpersonen Informationsträger über die Besonderheiten des Spitals zum einen wegen ihrer Nähe zu den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen und zum anderen wegen ihren vielfältigen Interaktionen mit dem ärztlichen Personal und weiteren Leistungserbringern.<sup>224</sup> Ausserdem ist die Berufsgruppe der Pflegefachpersonen die grösste Berufsgruppe im Gesundheitswesen. Die Pflegequalität hat daher grossen Einfluss auf die Effizienz des Gesundheitswesens.<sup>225</sup> Heute liegt das Durchschnittsalter von Pflegefachpersonen zwischen 42 und 44 Jahren.<sup>226</sup> Eine grosse Gruppe von Pflegenden kommt ins Pensionsalter. Damit genügend junge Pflegende nachkommen, braucht es zwingend eine Anpassung der Arbeitsbedingungen.<sup>227</sup>

Seit Jahren sind Themen wie Rekrutierung, Fluktuation und Qualität der Pflege globale Herausforderungen im Gesundheitswesen. Die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen gilt – wie vorgängig erwähnt – als wichtiger Faktor im Rahmen dieser Thematik.<sup>228</sup> Damit Pflegefachpersonen ihre Arbeit ausführen, die Qualität der Pflege und Patientenzufriedenheit verbessern können, ist die Arbeitszufriedenheit sehr wichtig.<sup>229</sup> Studien aus den USA zeigen beispielsweise, dass für 75% der Pflegefachpersonen der Personalmangel im Gesundheitswesen ein grosses Problem für die Qualität der Patientenbetreuung und die Zeit, die sie mit ihren Patientinnen und Patienten verbringen darstellt.<sup>230</sup> Unzufriedene Pflegefachpersonen werden eher von ihren Patientinnen und Patienten abgelenkt, sind nicht in der Lage ganzheitlich zu pflegen und liefern im Allgemeinen eine schlechtere Pflegequalität als zufriedene Pflegende.<sup>231</sup>

*Hypothese H.13.a: Die Aussagen zum Arbeitsalltag in der Pflege korrelieren mit den Formen der Arbeitszufriedenheit.*

*Hypothese H.13.b: Die Situationen, die im Arbeitsalltag Zufriedenheit auslösen, korrelieren positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korrelieren negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.*

<sup>222</sup>Coomber & Barriball, 2007

<sup>223</sup>Strachota et al., 2003

<sup>224</sup>Aiken et al., 2011; Morrison & Korol, 2014

<sup>225</sup>Gaki et al., 2013; Cowin, 2002; Caricati et al., 2014; Kaddourah et al., 2013

<sup>226</sup>Fletcher, 2001

<sup>227</sup>Laschinger, 2012

<sup>228</sup>Bjork et al., 2007; Chan et al., 2009; Coomber & Barriball, 2007; Lu et al., 2005; Aiken et al., 2001; Nei, Snyder & Litwiller, 2015

<sup>229</sup>Sabanciogullari & Dogan, 2015; Seo et al., 2004; Strachota et al., 2003

<sup>230</sup>Applebaum et al., 2010; Chan et al., 2009

<sup>231</sup>Chan et al., 2009; Kaddourah et al., 2013



Eine schlechtere Pflegequalität wiederum stellt ein Risiko für die Patientensicherheit dar.<sup>232</sup> Die Studie von Strachota et al. (2003) spricht von einer Prozentzahl von 46% unzufriedener Pflegenden mit der Pflegequalität.<sup>233</sup> Da nicht alle unzufriedenen Pflegefachpersonen kündigen, kann es vorkommen, dass sie ihre Unzufriedenheit in ihrem Verhalten ausdrücken, beispielsweise durch Verspätungen, Fehlzeiten, Krankheitstage oder ungeplante Ferientage. Es kann ausserdem vorkommen, dass sich die Unzufriedenheit in aggressivem Verhalten gegenüber Teammitgliedern oder Patientinnen und Patienten äussert.<sup>234</sup> Dies wirkt sich schliesslich negativ auf die Pflegequalität aus. Damit Pflegefachpersonen ihr Potential einsetzen und die Pflegequalität verbessert werden können, braucht es motivierte und zufriedene Pflegenden. Um jedoch effektiv arbeiten zu können, sind eine angemessene Rekrutierung und Personalplanung sowie die Auseinandersetzung mit der Mitarbeiterzufriedenheit notwendig.<sup>235</sup> Wie Endkonsumenten von gekauften Produkten und Dienstleistungen urteilen die Patientinnen und Patienten über die Qualität der konsumierten Leistungen. Diese Evaluationen basieren nicht zwingend auf der technischen Pflegequalität, sondern wie sie die Behandlung während ihres Spitalaufenthalts wahrnehmen. Der Einfluss der Mund-zu-Mund-Propaganda von Patientinnen und Patienten über die Qualität eines Spitals auf dessen Reputation ist folglich bedeutsam.<sup>236</sup> Denn unzufriedene Patientinnen und Patienten suchen für ihre gesundheitliche Versorgung und Betreuung andere Alternativen.<sup>237</sup>

In Literatur und Forschung werden Autonomie, Stress und die Pflege-Arzt-Zusammenarbeit als weitere Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen identifiziert, ebenso wie die Kommunikation mit Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen und Vorgesetzten. Verschiedene Studien zeigten, dass kollegiale Beziehungen am Arbeitsplatz mit Arbeitskolleginnen und -kollegen aus Pflege und Medizin sowie die Möglichkeit, gute Arbeit zu leisten, stabile und wichtige Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen sind.<sup>238</sup> Ebenso wie gute Arbeitsbedingungen, eine interessante und herausfordernde Arbeit, die Organisationkultur und die Führungsqualität.<sup>239</sup> Variablen wie der Arbeitsinhalt oder das Arbeitsumfeld sind stärker mit der Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen korreliert als ökonomische Faktoren wie beispielsweise die Bezahlung oder Fringe Benefits.<sup>240</sup> Zum Arbeitsinhalt und -umfeld zählen Wertschätzung, Kommunikation, Arbeitskollegen (Beziehung zu Pflegenden und zum

<sup>232</sup>Aiken et al., 2001

<sup>233</sup>Bjork et al., 2007; Castle, 2010; Chan et al., 2009; Sabanciogullari & Dogan, 2015; Moneke & Umeh, 2013; Kaddourah et al., 2013

<sup>234</sup>Castle, 2010; Keller & Semmer, 2013; Krausz et al., 1995; Lu et al., 2005; Sabanciogullari & Dogan, 2015

<sup>235</sup>Gaki et al., 2013; Cowin, 2002; Caricati et al., 2014

<sup>236</sup>Cangelosi, Markham & Bounds, 1998

<sup>237</sup>Strachota et al., 2003

<sup>238</sup>Zangaro & Soeken, 2007; Seo et al., 2004; Larrabee et al., 2003; Ingersoll et al., 2002; Li et al., 2010; Trivellas et al., 2013; Liu et al., 2011; DeKeyser Ganz & Toren, 2014; Utriainen & Kyngäs, 2009; Chan et al., 2009; Blegen, 1993; Lu et al., 2005

<sup>239</sup>DeKeyser Ganz & Toren, 2014; Moneke & Umeh, 2013; Coomber & Barriball, 2007; Fletcher, 2001; Lu et al., 2005; Takase, Yamashita & Oba, 2007; Price, 2001

<sup>240</sup>Irvine & Evans, 1995

medizinischen Personal), Arbeitsbedingungen, Art der Arbeit, Art der Organisationen, Richtlinien und Verfahren in der Organisation, persönliche Entwicklungsmöglichkeiten, Verantwortung, Balance zwischen Arbeit und Familie, Aufstiegsmöglichkeiten, Anerkennung, Sicherheit und Supervision.<sup>241</sup>

Ein Umfeld, das die Entwicklung von Wissen und Fähigkeiten fördert, beeinflusst die Arbeitszufriedenheit also positiv, da die Mitarbeitenden ihre Ideen und ihr Talent einbringen können.<sup>242</sup>

Eine Vielzahl an Faktoren beeinflusst die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen allerdings negativ. Dazu zählen ein inadäquater Einbezug in Entscheidungsfindungsprozesse, schlechte Beziehungen am Arbeitsplatz, insbesondere mit dem Management, tiefe Löhne, unflexible Arbeitszeiten, Zeitdruck und Stress oder die mangelnde Anerkennung des Pflegeberufs in der Öffentlichkeit.<sup>243</sup> Ein normaler Grad an Stress ist im Arbeitsleben vertretbar und kann als positive Herausforderung und Abwechslung erlebt werden, zu viel Stress dagegen kann negative Konsequenzen haben, wie beispielsweise Burnout, psychosomatische Symptome oder Arbeitsunzufriedenheit und Fluktuation.<sup>244</sup> Die RICH-Studie nimmt Bezug auf eine Befragung des SBK, wo 52% der Befragten in den vergangenen fünf Jahren einen Stellenabbau und 68% stärkere psychische Belastung festgestellt haben. Dies kommt zum Ausdruck in *„unterlassenen Therapien, Gesprächen, unzureichender Informierung von Patienten, Bettenstreichungen und einem Anstieg der Fehlerrate, sowie langfristig in Qualitätsabbau“*.<sup>245</sup> Die Qualitätsabnahme entsteht aufgrund des Know-How-Verlusts.<sup>246</sup> In der Literatur werden oft auch die Inkongruenz zwischen Verantwortung, Autorität und Empowerment als Stressoren für die Pflege genannt.<sup>247</sup> Negativ beeinflusst wird die Arbeitszufriedenheit auch durch den Personalmangel, durch Bedenken bezüglich des Pflegestandards und durch die Arbeitsbelastung.<sup>248</sup> Die Unzufriedenheit von Pflegefachpersonen äussert sich oft hinsichtlich der Bezahlung im Vergleich zur wahrgenommenen Arbeitsbelastung, dem Wissensstand und der Verantwortung, die sie im Alltag übernehmen müssen.<sup>249</sup>

*„If top level executives make a mistake, things may go wrong and create a lot of hassle for a lot of other people, but our mistake may cause instant death. What is more important? When are we going to earn what we truly deserve?“*<sup>250</sup>

<sup>241</sup>Lu et al., 2005

<sup>242</sup>Moneke & Umeh, 2013; Liu et al., 2011; DeKeyser Ganz & Toren, 2014; Utriainen & Kyngäs, 2009; Chan et al., 2009; Blegen, 1993

<sup>243</sup>Kaddourah et al., 2013; Piko, 2006

<sup>244</sup>Meeusen et al., 2010; Lu et al., 2005; Aiken et al., 2011

<sup>245</sup>Schubert et al., 2005

<sup>246</sup>Cortese, 2012

<sup>247</sup>Cowin, 2002; Cangelosi, Markham & Bounds, 1998

<sup>248</sup>Lu et al., 2005; Strachota et al., 2003

<sup>249</sup>Cowin, 2002

<sup>250</sup>Cowin, 2002

Deshalb ist es wichtig, sich mit der Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen auseinanderzusetzen und Strategien gegen die hohe Fluktuation zu finden.<sup>251</sup> Ziel wäre, ein besseres Umfeld und bessere Arbeitsbedingungen zu schaffen, damit einerseits qualifizierte Pflegefachpersonen im Spital bleiben und andererseits neue Auszubildende für den Pflegeberuf gewonnen werden können.<sup>252</sup> Dass Pflegefachpersonen in den Spitälern verbleiben, ist wichtig, da so einerseits die Arbeitskraft im Spital stabil bleibt und andererseits das Budget nicht mit zusätzlichen Kosten belastet wird, die für die Personalsuche und -einarbeitung anfallen.<sup>253</sup> Jede Kündigung führt zu Überstunden für die verbleibenden Pflegenden und erhöht deren Belastung.<sup>254</sup>

Wie eingangs erwähnt belegen Studien, dass die Mehrheit der Pflegefachpersonen mit ihrer Arbeit zufrieden ist.<sup>255</sup> Dies trifft auch auf die Schweiz zu. Besonders gut schneidet die Schweiz hinsichtlich „*der Arbeitsumgebungsqualität, der Anerkennung der Pflege in der Öffentlichkeit und Möglichkeiten für einen beruflichen Aufstieg*“ ab.<sup>256</sup> Am zufriedensten sind Pflegefachpersonen auf pädiatrischen Abteilungen. Am unzufriedensten ist das Pflegepersonal auf Notfallstationen.<sup>257</sup> Das Ziel wäre, das Arbeitsumfeld und die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern. Dazu zählen die Unterstützung in der Karriereentwicklung von Pflegefachpersonen oder die Mitsprache im Spitalmanagement für die Gestaltung des Arbeitsumfeldes.<sup>258</sup> Doch trotz der geäußerten Zufriedenheit ist die Arbeitszufriedenheit von Fachpersonen im Gesundheitswesen geringer als bei Angestellten in anderen Branchen.<sup>259</sup> Es bestehen des weiteren bezüglich der Arbeitszufriedenheit Unterschiede hinsichtlich des Alters und der Ausbildung von Pflegefachpersonen. Ältere Pflegefachpersonen (ab 37 Jahren) sind mit der Arbeit zufriedener als jüngere Pflegenden.<sup>260</sup> Nicht nur das Alter betreffend bestehen Unterschiede hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen, sondern auch bezüglich des Geschlechts. In der Regel ist die Arbeitszufriedenheit bei den Frauen höher als bei den Männern.<sup>261</sup> Ausserdem konnten Studien zeigen, dass in der Pflege Teilzeitangestellte zufriedener sind als Vollzeitbeschäftigte.<sup>262</sup>

*Hypothese H.14.a: Das Alter korreliert positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.*

<sup>251</sup>Sabanciogullari & Dogan, 2015

<sup>252</sup>Kaddourah et al., 2013

<sup>253</sup>Jarosova et al., 2015

<sup>254</sup>Larrabee et al., 2003

<sup>255</sup>Piko, 2006

<sup>256</sup>Schubert et al., 2005

<sup>257</sup>Utriainen & Kyngäs, 2009

<sup>258</sup>Zhang et al., 2014

<sup>259</sup>Piko, 2006

<sup>260</sup>Bjork et al., 2007; Chan et al., 2009; Carrillo-Garcia et al., 2013; Blegen, 1993

<sup>261</sup>Carrillo-Garcia et al., 2013

<sup>262</sup>Ingersoll et al., 2002

*Hypothese H.14.b: Der Ausbildungsgrad korreliert positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.*

*Hypothese H.14.c: Die befragten Pflegefachpersonen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Geschlechts bezüglich der Formen der Arbeitszufriedenheit.*

*Hypothese H.14.d: Der Beschäftigungsgrad korreliert negativ mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert positiv mit der konstruktiven, fixierten Arbeitsunzufriedenheit und der resignativen Arbeitszufriedenheit.*

Abschliessend zeigt Abbildung 7.4 Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen, die in Meta-Analysen und Literaturreviews bestätigt wurden. Grün markiert sind die positiven Einflussfaktoren, rot die negativen. In blau sind diejenigen Einflussfaktoren dargestellt, die sich je nach Ausprägung und Qualität positiv oder negativ auf die Arbeitszufriedenheit auswirken können.

### 7.4.5 Verwendete Skala zur quantitativen Erfassung der Formen der Arbeitszufriedenheit

Da die Arbeitszufriedenheit im Allgemeinen bei Messungen relativ hoch ausfällt, interessiert, ob sich die Arbeitszufriedenheit gemäss dem Bruggemann-Modell im Rahmen dieser Arbeit differenzieren lässt. Deshalb wird nicht die globale Arbeitszufriedenheit untersucht, sondern die verschiedenen Formen der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann et al. (1975).

Die Formen der Arbeitszufriedenheit werden mit zwei Fragen aus der Erhebung von Ziegler & Schlett (2013) erfasst. Aus fünf Aussagen, die je eine Arbeitszufriedenheitsform repräsentieren, müssen die Befragten diejenige Form bestimmen, die für ihre Befindlichkeit am treffendsten ist (z.B. „*Ich bin mit meiner Arbeit wirklich zufrieden und wünsche mir für die nächste Zukunft nur, dass alles so gut bleibt.*“). Darüber hinaus verwenden Ziegler & Schlett (2013) noch 10 Items von Baumgartner & Udris (2006) zur Validierung der Selbstzuordnungsmethode (z.B. „*Ich bin wirklich zufrieden mit meiner Stelle.*“ „*Die Stelle hat meine Bedürfnisse und Wünsche bisher erfüllt, und ich kann mich in Zukunft noch verbessern.*“). Jeweils zwei Items beziehen sich auf eine Arbeitszufriedenheitsform (siehe Fragebogen in Anhang A).<sup>263</sup>

---

<sup>263</sup>Ziegler & Schlett, 2013

**Persönliche Eigenschaften**

Alter	Jahre in der Position	Zufriedenheit mit dem Beruf	Zivilstand
Verträglichkeit	Coping-strategien	Neurotizismus	Geschlecht
Pflichtbewusstsein	Stressresilienz	Angst / Depression	Ausbildung
Berufsethik	Emotionale Intelligenz	Burnout	Informationsdrang
Jahre im Beruf	Extrinsische Motivation		Selbstbewusstsein
Jahre in der Organisation	Intrinsische Motivation	Affektivität	Offenheit
Jahre seit dem Abschluss	Commitment	Engagement / Arbeitsleistung	Extraversion

**Eigenschaften der Beschäftigung**

Entscheidungsautorität	Schichtarbeit	Teil- / Vollzeitarbeit
Autonomie	Arbeitsbelastung	physische Arbeitsbedingungen
Jobrotation	Stress	
Herausfordernde Tätigkeit	Routinisierung	Personal- / Arbeitsplanung
Anerkennung / Belohnung	Rollenkonflikte / unklare Rollen	Netzwerkposition
Prozedurale Gerechtigkeit	Arbeit-Familienkonflikt	Bettenbelegung / Patientenzahl
Kontrolle		Bezahlung

**Team- / Vorgesetztenbeziehung**

Befähigung	Support von Teammitgliedern und Vorgesetzten	Qualität der Führung-Mitarbeiter-Interaktion	Wahrnehmung der Professionalität
Rückmeldung			
Respekt	Kündigungsabsicht von Teammitgliedern	Kommunikation mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten	Teambuildingfähigkeiten der Stationsleitung
Gruppenzusammenhalt			
Kohäsion in den Teams	Feindseligkeit	Beziehungen zu Teammitgliedern	Interdisziplinäre Beziehungen
Zufriedenheit mit Vorgesetzten	Mobbing		
		Führungsstil	

**Wahrnehmung der Organisation**

Unterstützung Arbeitgeber	Beschäftigungsunsicherheit	Organisationspolitik
Vertrauen	Personalmangel	Unternehmensgröße
	Patientenaggressivität	Organisationsklima
		Psychologischer Vertrag
		Sozialisations-taktiken
	Passung Organisation und Person	Wahrgenommene Alternativen
		Jobaussichten / Entwicklung

Abbildung 7.4: Einflussfaktoren auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen (Eigene Abbildung in Anlehnung an Hayes et al., 2010; Lu et al., 2005, 2012 und Blegen, 1993)

## 7.5 Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen

Die hohe Fluktuation kann als Hauptgrund für den Personalmangel im Gesundheitswesen gesehen werden. Sie hat auf die verbleibenden Arbeitsnehmenden grossen Einfluss: Zum einen erhöht sich der Druck auf die verbleibenden Pflegenden und zum anderen sinkt die Moral in den Teams.<sup>264</sup> Der Personalmangel ist aber auch dadurch bedingt, dass, aufgrund der Überalterung in der Bevölkerung, die Nachfrage nach qualifizierten Pflegedienstleitern jährlich wächst.<sup>265</sup> Der Personalmangel und die Kündigungen von Pflegefachpersonen sind zu einem Problem von internationaler Bedeutung geworden.<sup>266</sup> Seit dem goldenen Zeitalter der westlichen Medizin um 1800 wurden die Erwartungen an die Pflegearbeit breiter. Da über die historische Entwicklung hinweg der Pflegeberuf ein Frauenberuf war, war sein Ansehen eher niedrig. Im 20. Jahrhundert, mit der Einführung von medizinischem Wissen in der Pflegeausbildung, veränderte sich der vormals trostspendende Beruf für sterbende und hoffnungslose Kranke zu einer ausgebildeten und hochqualifizierten Profession. Zusammen mit dem technologischen Fortschritt wuchsen die Anforderungen an die intellektuellen und technischen Fähigkeiten weiter. Die staatlichen und privaten Investitionen in medizinische Forschungsinstitutionen führten zur öffentlichen Anerkennung der Ärztinnen und Ärzte und ihrer Autorität. Die Strategie von Florence Nightingale trug dazu bei, dass die Pflegekräfte unter den wachen Augen der Ärztinnen und Ärzte praktizierten. Ausserdem hatten Frauen zu Beginn des 20. Jahrhunderts ausserhalb der Hausarbeit lediglich die Wahl zwischen dem Lehr- und Pflegeberuf. Im Zuge der Urbanisierung, Industrialisierung und Immigration waren die Frauen als billige Arbeitskräfte sehr willkommen. Spitäler und Ärzteschaft führten Regelungen ein, die Pflegenden die medizinischen Diagnosen und Behandlungen, wie das Verschreiben von Medikamenten untersagten. Historisch gesehen wurden die pflegerische Ausbildung und Praxis zu grossen Teilen von Nicht-Pflegenden definiert, strukturiert und restrukturiert. In den 1940er Jahren wurde der Mangel an Pflegefachpersonen letztmals zur Krise.<sup>267</sup> Die Kündigungsrate von Pflegefachpersonen betrug damals an die 40% jährlich.<sup>268</sup> Gründe dafür waren: die Priorität von nicht-pflegerischen Aufgaben (wie Betten machen), die ungerechten Arbeitsbedingungen ohne Überzeitenentschädigung, die unregelmässigen Essenszeiten, das Personal mit fehlendem Wissen und fehlender Erfahrung, die Schichtarbeit, der konstante ungerechte und unwirsche Umgang, die langen Arbeitszeiten, die unzulängliche Führung sowie die mangelnde Anerkennung.<sup>269</sup> Interessant ist, dass sich die damaligen Gründe nicht grundlegend von den heutigen Gründen unterscheiden. Abbildung 7.5 vergleicht die Kündigungsgründe von 1940 mit den Aussagen aus den Interviews für die vorliegende Arbeit zum heutigen Arbeitsalltag in der Pflege und Gründen, weshalb die Interviewpartnerinnen und -partner den Pflegeberuf nicht

<sup>264</sup>Coomber & Barriball, 2007; Daehlen, 2008; De Gieter et al., 2011; Jacquemin, 2010

<sup>265</sup>De Gieter et al., 2011

<sup>266</sup>Sabanciogullari & Dogan, 2015; Flinkman et al., 2008

<sup>267</sup>West, Griffith & Iphofen, 2007; Cangelosi, Markham & Bounds, 1998

<sup>268</sup>Tai et al., 1998

<sup>269</sup>West, Griffith & Iphofen, 2007

wiederergreifen oder nicht weiterempfehlen würden.

Die „*Priorität nicht pflegerischer Aufgaben*“ äussert sich noch heute in einem hohen administrativen Aufwand und in weniger Zeit mit den Patientinnen und Patienten. Ebenfalls unverändert ist die Schichtarbeit – diese Belastung ist jedoch berufsimmanent. Die „*unzulängliche Führung*“ ist heute insbesondere im „*Hierarchiegehalt*“ problematisch. Verbessert hat sich seit 1940 die mangelnde Anerkennung des Pflegeberufs. Gemäss den Aussagen in den Interviews wurde der Pflegeberuf aufgewertet und die Selbstständigkeit und Mitsprache sowie der Stellenwert der Pflegewissenschaft haben sich verbessert. Nicht eindeutig sind die Veränderungen in Bezug auf die Qualifikationen des Pflegepersonals. Einerseits gibt es sehr gut ausgebildete und qualifizierte Pflegefachpersonen, andererseits ist die Reife und das Fachwissen der Fachangestellten Gesundheit ein widersprüchliches Thema. Ebenfalls nicht eindeutig sind die Veränderungen rund um die Arbeitsbedingungen. Noch immer ist die Arbeit in der Pflege körperlich und psychisch angstrengend. Hinzu kommen heute die steigenden Erwartungen der Patientinnen und Patienten, die Tendenz zur Mechanisierung oder die fehlende Anpassung der Organisationsstrukturen.

*Hypothese H.15: Aussagen zum Berufsalltag in der Pflege korrelieren mit der Kündigungsabsicht.*

Als Massnahme gegen die hohen Kündigungsraten in den 1940er Jahren sowie aufgrund des enormen Bedarfs an qualifiziertem Pflegepersonal im Zuge des 2. Weltkriegs wurden der Einstieg in den Pflegeberuf erleichtert und monetäre Anreize geschaffen. Die ökonomischen Massnahmen führten jedoch nicht zu einer Kulturänderung im Gesundheitswesen und brachten folgedessen nicht die gewünschten Resultate, wie die vorangegangenen Ausführungen zeigen. Auch noch in der heutigen Zeit würden 54% der Pflegenden den Beruf nicht weiterempfehlen.<sup>270</sup> Ein Interviewpartner, der im Rahmen dieser Arbeit befragt wurde, bestätigt dies:

*„[...] aber ich würde meiner Tochter nicht empfehlen in die Pflege zu gehen [...] Denn sie hat einmal einen Schnuppertag gemacht, als sie Vis à Vis vom Spitaldirektor sass und er sie gefragt hat: „Und möchtest Du im Spital arbeiten?“ Und die Tochter geantwortet hat: „Nein.“ [...] Ich war nicht dabei, aber eine Kollegin hat mir das erzählt und am Abend habe ich sie [Tochter] gefragt, wieso. Und sie meinte: „Mama hat gesagt, es ist immer so stressig im Spital.“ [...]“ (Interviewpartner 3, Pflegefachmann)*

Wie dargelegt gab es bereits in der Vergangenheit Personalkrisen im Gesundheitswesen. Dennoch unterscheidet sich die aktuelle Krise von den vergangenen, weil der Personalmangel, als Konsequenz der Globalisierung, zum globalen Problem wurde. In den 1980er Jahren waren weniger als die Hälfte der Pflegenden über 40 Jahre alt. Im Jahr 2000 waren mehr als 2/3 der Pflegekräfte über 40 Jahre alt. In den USA ist die Be-

<sup>270</sup>West, Griffith & Iphofen, 2007

## 7.5 Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen

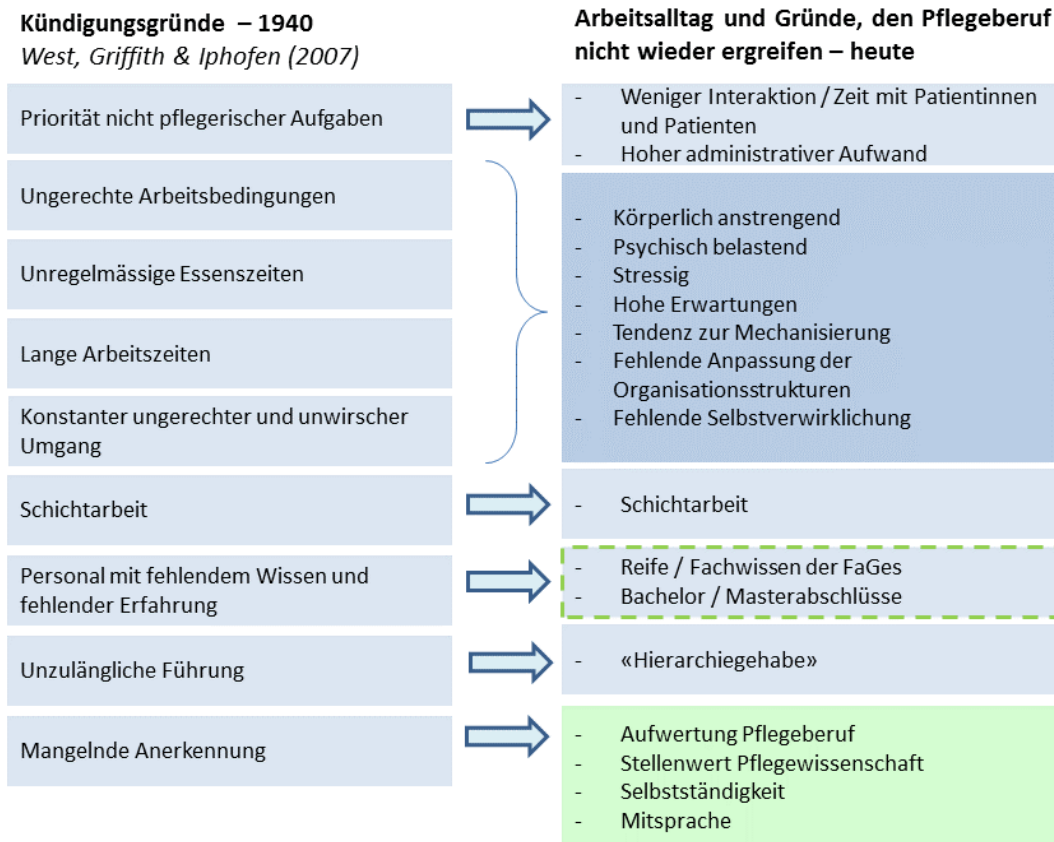


Abbildung 7.5: Kündigungsgründe von 1940 im Vergleich mit Aussagen der Interviewpartner zum heutigen Arbeitsalltag in der Pflege und Gründe, den Pflegeberuf nicht wiederzuergreifen oder nicht weiterzuempfehlen

rufsgruppe der Pflegenden diejenige mit den ältesten Arbeitnehmenden. Doch nicht nur die älter werdenden Pflegenden verschärfen den Personalmangel, sondern auch der Umstand, dass weniger junge Leute den Pflegeberuf wählen.<sup>271</sup> Bis ins Jahr 2020 werden weltweit 590'000 Pflegefachpersonen fehlen.<sup>272</sup> In Studien geben durchschnittlich 37% der Pflegenden an, innerhalb des folgenden Jahres eine neue Anstellung zu suchen.<sup>273</sup> Intensiviert wird die Problematik durch die alternde Population mit dem einhergehenden steigenden Pflegebedarf. Darüber hinaus wechseln viele Pflegefachpersonen in andere Berufe beispielsweise in die Kinderbetreuung.<sup>274</sup>

<sup>271</sup>Lynn & Redman, 2005

<sup>272</sup>Sabanciogullari & Dogan, 2015; Flinkman et al., 2008

<sup>273</sup>Nei, Snyder & Litwiller, 2015

<sup>274</sup>Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010



In den Spitälern hat sich die Situation dahingehend verändert, dass sich die Aufenthaltsdauer verkürzt hat und die Patientinnen und Patienten hauptsächlich akut hospitalisiert sind. Damit verbunden ist ein Anstieg der komplexen Patientensituationen und der Pflegeintensität. Dieser Anstieg hat die fordernde Situation in der Pflege durch den Abbau von Pflegestellen und der fehlenden Anpassung der Stellenangebote im Zuge der Kosteneinsparungen in den 1990er Jahren verschärft. Auch erfolgte kein genügender Einsatz von Hilfspersonal, wodurch der akuten Bedarfsseite eine zu gering ausgeprägte Angebotsseite gegenübersteht.<sup>275</sup> Ausserdem fand die verbesserte Technologie vermehrt Eingang in die Pflegepraxis. Im Zuge dieser Restrukturierungen kam es beim Personal zu Überarbeitung und dem Empfinden, professionelle und persönliche Pflegestandards nicht mehr aufrechterhalten zu können.<sup>276</sup> Der Personalmangel ist zudem verbunden mit Kosten für die Personalsuche und -auswahl, für Temporäragenturen und für die Einarbeitung neuer Mitarbeitenden.<sup>277</sup> Kündigungen können aber auch die soziale Ordnung und den Gruppenzusammenhalt stören. Sie können überdies bei verbleibenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern weitere Kündigungen anregen, da signalisiert wird, dass andere – möglicherweise bessere – Stellen verfügbar sind.<sup>278</sup>

Problematisch ist die hohe Fluktuation in der Pflege zudem, weil viele junge Pflegenden den Beruf verlassen – insbesondere aufgrund der schlechten Bezahlung im Vergleich zu ähnlichen Berufen – und dann kein Personal zu Verfügung steht, um die Pensionierten zu ersetzen.<sup>279</sup> Der Personalmangel stellt darüber hinaus ein Risiko für die Qualität und die Sicherheit in der Patientenbetreuung dar. Es gibt Studien, die zeigen, dass ein höherer Personalbestand an Pflegefachpersonen mit besserer Qualität und Sicherheit der Patientinnen und Patienten assoziiert ist.<sup>280</sup> Die gegenwärtige Krise beeinflusst nicht nur Organisationen und Individuen, sondern auch die Fähigkeit von Ländern mit Krankheiten umzugehen und die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.<sup>281</sup> Besonders in Spezialgebieten der Pflege wie beispielsweise der Intensivpflege ist der Personalmangel akut, da spezialisiertes Fachwissen zur Behandlung von komplexen und kritisch kranken Patientinnen und Patienten notwendig ist. Auf Intensivpflegestationen beträgt die Kündigungsrate 26%.<sup>282</sup>

Mittels Migration von qualifizierten Pflegekräften wird versucht, gegenwärtige und künftige Lücken im Personalbestand zu schliessen.<sup>283</sup> Doch kulturelle und sprachliche Barrie-

---

<sup>275</sup>Schubert et al., 2005

<sup>276</sup>Zeytinoglu et al., 2006

<sup>277</sup>Beecroft, Dorey & Wenten, 2008; Duffield et al., 2014

<sup>278</sup>Cavanagh, 1989; Tai et al., 1998

<sup>279</sup>Flinkman et al., 2008; Estryn-Béhar et al., 2007

<sup>280</sup>Sabanciogullari & Dogan, 2015

<sup>281</sup>Flinkman et al., 2008

<sup>282</sup>Cortese, 2012

<sup>283</sup>Für viele Nationen verschlimmerte sich die Situation durch die globale Migration von Gesundheitspersonal, da im Ursprungsland die emigrierten Pflegenden fehlten. In der Schweiz beträgt der Anteil ausländischer Pflegenden 25%. Die ausländischen Pflegekräfte stammen aus Deutschland, Frankreich, Italien und Österreich. Gründe dafür, dass ausländische Pflegefachpersonen in die Schweiz kommen, sind die Hoffnung auf bessere Arbeitsbedingungen in Bezug auf das Einkommen, die Anerkennung

ren sowie Qualifikations- und Sicherheitsfragen erschweren diesen Prozess. Da dadurch gleichzeitig ein Überangebot an Stellen in der Pflege entsteht, wird die Rekrutierung zusätzlich erschwert. In Zeiten ökonomischer Rezession ist die Rekrutierung einfacher.<sup>284</sup>

Doch Kündigungen führen nicht nur zu negativen Konsequenzen. Personalveränderungen ebnen den Weg für Innovationen und erlauben Organisationen flexibler auf Veränderungen reagieren zu können. Auch das Phänomen des sogenannten „*Groupthink*“ (Gruppendenken)<sup>285</sup> wird dadurch vermieden, das, wenn es nicht beachtet wird, dazu führt, dass Veränderung und Entwicklung verhindert werden.<sup>286</sup>

Über mehrere Jahrzehnte hinweg haben sich Forscher aus verschiedenen Disziplinen mit der Kündigung von Gesundheitsfachpersonen und den damit verbundenen Faktoren auseinandergesetzt.<sup>287</sup> Einige Befunde werden nach einer kurzen Definition des Begriffs Kündigungsabsicht dargelegt.

### 7.5.1 Definition

Da eine Vielzahl von Faktoren das Phänomen *Kündigung/Kündigungsabsicht* beeinflusst, ist es schwierig den Personalmangel im Gesundheitswesen abschliessend zu verstehen. Zusätzlich erschwert wird dies, durch eine fehlende einheitliche Definition des Begriffs Kündigungsabsicht. Einig sind sich Forscher und Theoretikerinnen, dass der Kündigungsprozess mehrstufig ist und einstellungsbezogene Entscheidungs- und Verhaltenskomponenten umfasst.<sup>288</sup>

Die Kündigungsabsicht kann definiert werden als letzter kognitiver Schritt in einem Entscheidungsfindungsprozess, in welchem eine Pflegefachperson aktiv eine Kündigung und alternative Anstellung in Betracht zieht.<sup>289</sup> Oder allgemeiner als:

*„The individual’s own estimated probability (subjective) that they are permanently leaving the organisation at some point in the near future.“<sup>290</sup>*

---

des Pflegeberufs oder die Teamstrukturen, die Hoffnung auf bessere berufliche Perspektiven und – für Personen aus Nicht-EU-Staaten – verbesserte Lebensbedingungen. „Das ausländische Gesundheitspersonal, welches in das schweizerische Gesundheitswesen rekrutiert wird, bedeutet für die Schweiz einen aktuell unverzichtbaren Zugang von Arbeitskraft, gleichzeitig aber auch einen Verlust an qualifiziertem Personal für die Gesundheitssysteme der Herkunftsländer.“ Das ausländische Personal ist besonders wichtig für die Schweiz, da weniger diplomierte Pflegenden verfügbar sind – besonders in Spezialgebieten wie der Radiologie, Anästhesie oder Intensivpflege. (Huber & Mariéthoz, 2010)

<sup>284</sup>Heinen et al., 2013

<sup>285</sup>Groupthink beschreibt das Phänomen, dass „Gruppen – häufig noch mehr als Einzelpersonen – dazu neigen, solche Informationen auszublenden, die für die Problemlösung zwar durchaus relevant sind, aber von der Person als eher unerwünscht beurteilt werden, da sie z.B. der eigenen Einstellung oder vorherigen Entscheidungen widersprechen.“ (Wegge 2006)

<sup>286</sup>Cavanagh, 1989; Tai et al., 1998

<sup>287</sup>Jarosova et al., 2015

<sup>288</sup>McCarthy, Tyrrell & Lehane, 2007; Tai et al., 1998

<sup>289</sup>Morrell, 2005

<sup>290</sup>Vandenberg & Nelson, 1999 zitiert nach McCarthy, Tyrrell & Lehane, 2007, 249

Die Kündigungsabsicht beinhaltet Gedanken die Organisation zu verlassen (Nachdenken über die Kündigung), aber auch die Äusserung des Wunsches die Organisation zu verlassen (Absicht zu gehen).<sup>291</sup> Die Kündigung nach einem wohlüberlegten Entscheidungsfindungsprozess findet in der Regel dann statt, wenn ein Stellenwechsel einfach möglich ist.<sup>292</sup> Natürlich unterscheidet sich das tatsächliche Verhalten von der blossen Absicht, doch die Kündigungsabsicht wurde als wichtiger Prädiktor für tatsächliche Kündigungen über verschiedene Industrien hinweg bestätigt und gilt auch theoretisch als wichtige Vorstufe zur tatsächlichen Kündigung.<sup>293</sup> So beschreibt beispielsweise die Theorie des geplanten Verhaltens<sup>294</sup> die Beziehung zwischen Absicht und tatsächlichem Verhalten. Einstellungen gegenüber Verhalten, subjektiven Normen und die Wahrnehmung der eigenen Kontrolle sind bestätigte Prädiktoren für Verhaltensabsichten.<sup>295</sup> Der Entscheidungsprozess läuft als hierarchische Sequenz von Einstellungen und sozialen Normen über die Absicht zum tatsächlichen Verhalten ab.<sup>296</sup> Die Kündigungsabsicht bildet den Ausgangspunkt einer mehrstufigen Kündigungsreaktion: Die Absicht entwickelt sich graduell über Kündigungsgedanken und Rückzugsverhalten und mündet schlussendlich in der tatsächlichen Kündigung. Die Kündigungsabsicht wird oft durch negative Reaktionen auf organisationale oder arbeitsbezogene Faktoren sowie externe Aspekte der Arbeit wie die Work-Life-Balance ausgelöst. Somit kann die Kündigungsabsicht als Ergebnis affektiver Variablen, wie beispielsweise der Arbeitsunzufriedenheit, gesehen werden.<sup>297</sup> Unzufriedenheit führt dazu, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nach anderen Stellen suchen und Alternativen zusammenstellen. Diese Alternativen werden evaluiert und wenn sie der aktuellen Stelle vorzuziehen sind, ist eine Kündigung sehr wahrscheinlich.<sup>298</sup> Denn: je mehr Möglichkeiten zu Verfügung stehen, desto grösser wird das Bewusstsein alternativer Jobmöglichkeiten, die dann evaluiert werden.<sup>299</sup> Die Suche nach externen Alternativen beginnt, wenn interne Bemühungen fehlgeschlagen sind.<sup>300</sup> Borda & Norman (1997) schreiben, dass die Kündigungsabsicht die Beziehung zwischen

<sup>291</sup>Park & Kim, 2009

<sup>292</sup>Morrell, 2005

<sup>293</sup>Park & Kim, 2009; Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010; Lane, Mathews & Prestholdt, 1990

<sup>294</sup>Die Theorie des geplanten Verhaltens „lässt sich sowohl als eine Verallgemeinerung wie auch als eine Ergänzung der Theorie des überlegten Handelns (TRA) verstehen. [...] Im Grundmuster ist die Theorie, einschließlich der definitorischen Bestimmung und der Determinationsabfolge, im Aufbau identisch wie die TRA. Zusätzlich wird jedoch berücksichtigt, ob die handelnde Person sich als jemand erlebt (Erleben), der sein Verhalten kontrollieren kann. Die „wahrgenommene Verhaltenskontrolle“ (perceived behavioral control) wird als Determinante der Verhaltensintention (Intention) eingeführt. Es wird davon ausgegangen, dass die Ausführung eines Verhaltens umso wahrscheinlicher ist, je größer die subjektive Überzeugung (Überzeugungssystem, Glaubenssystem) ist, das Verhalten unter Kontrolle zu haben, d.h. z.B. über genügend Fähigkeiten (Fähigkeit), Fertigkeiten (Fertigkeit) oder auch Ressourcen (Ressource) zu verfügen, um das Verhalten zu realisieren.“ (Six, 2016)

<sup>295</sup>Jarsova et al., 2015; Beecroft, Dorey & Wenten, 2008

<sup>296</sup>Lane, Mathews & Prestholdt, 1990

<sup>297</sup>Jarsova et al., 2015; Beecroft, Dorey & Wenten, 2008; Cortese, 2012; Chen et al., 2008; Borda & Norman, 1997

<sup>298</sup>Morrell, 2005

<sup>299</sup>Price, 2001

<sup>300</sup>Krausz et al., 1995

## 7.5 Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen

Arbeitszufriedenheit und tatsächlicher Kündigung moderiert. Die Stärke der Beziehung ist allerdings je nach Studie unterschiedlich. Dies, weil weitere Einflussfaktoren auf die Beziehung wirken, die Operationalisierungen der Intentionen unterschiedlich sind und zeitliche Veränderungen ebenfalls einen Einfluss haben.<sup>301</sup>

Überdies wird in der Literatur zwischen verschiedenen Arten von Kündigungen unterschieden. So kann eine Kündigung innerhalb einer Organisation oder zwischen Organisationen der gleichen Branche erfolgen, aber auch im Verlassen des Berufes resp. des Berufsfelds resultieren.<sup>302</sup> Ausserdem muss zwischen freiwilligen (Transfers, Beförderungen, Kündigungen) und unfreiwilligen (Entlassungen, Pensionierungen oder Todesfälle) Abgängen unterschieden werden.<sup>303</sup>

Die theoretischen Modelle zur Kündigungsabsicht entstanden aus Forschungsergebnissen und Beziehungen zu Determinanten der Kündigung.<sup>304</sup> Ausgehend von Forschungsergebnissen beinhalten Modelle zur Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen in der Regel drei Hauptvariablen: intrinsische Arbeitscharakteristiken (berufliche Autonomie, Gruppenzusammenhalt und Organisationscharakteristiken), extrinsische Charakteristiken (Lohn, Zusatzleistungen und Wahrnehmung von Möglichkeiten) und individuelle Charakteristiken (Alter, Erfahrung und Verantwortung).<sup>305</sup>

*Hypothese H.16: Das Alter korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.*

In der Literatur wird das sozialpsychologische Modell von Mobely (1987) breit diskutiert. Da sich diese Arbeit an diesem Modell orientiert, wird es im Folgenden kurz erläutert. Das Modell konnte in Studien mehrfach bestätigt werden und postuliert einen Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht. Für Ausführungen zu weiteren Modellen wird auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen.<sup>306</sup>

Das Modell von Mobley sieht drei Determinanten für Kündigungen (siehe Abbildung 7.6):

- Arbeitszufriedenheit / -unzufriedenheit;
- Alter / Erfahrung und
- verfügbare Jobalternativen.

Diese Determinanten lösen einen Entscheidungsprozess aus, der über das Nachdenken über eine Kündigung, die Absicht eine Stelle zu suchen und die Absicht zu kündigen schliesslich in einer Kündigung oder im Idealfall im Verbleib mündet.

<sup>301</sup>Borda & Norman, 1997

<sup>302</sup>Morrell, 2005

<sup>303</sup>Price & Mueller, 1981

<sup>304</sup>Dasgupta, 2014

<sup>305</sup>Price & Mueller, 1981; McCarthy, Tyrrell & Lehane, 2007; Nei, Snyder & Litwiller, 2015

<sup>306</sup>Price & Mueller, 1981; McCarthy, Tyrrell & Lehane, 2007; Nei, Snyder & Litwiller, 2014

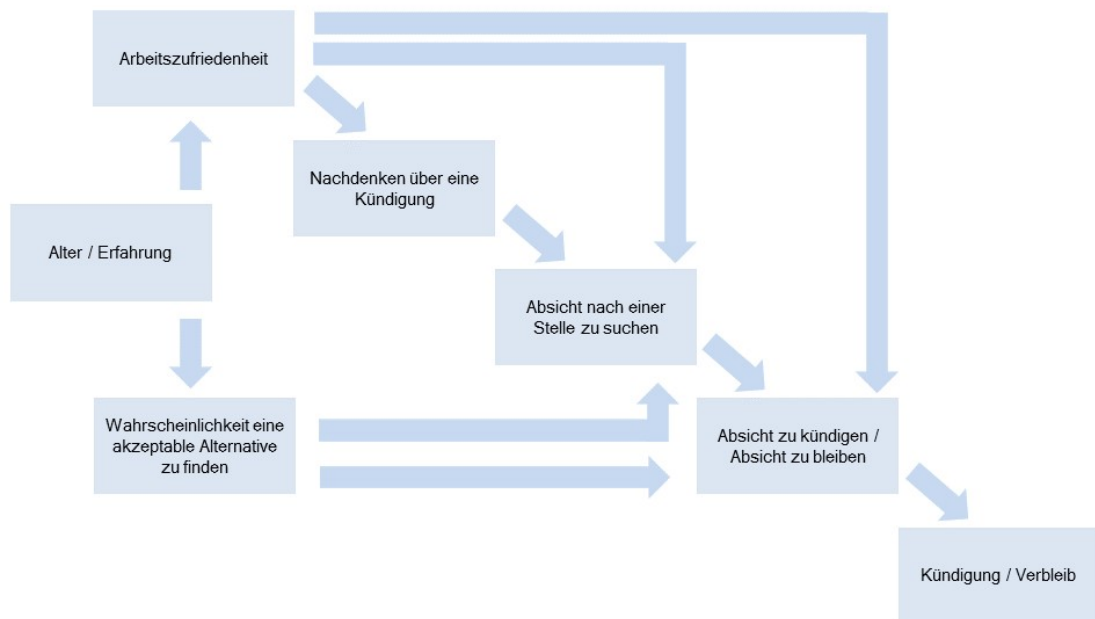


Abbildung 7.6: Sozialpsychologisches Modell der Determinanten für Kündigungen nach Mobely et al. (1987)

### 7.5.2 Befundlage zur Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen

Die Anfänge der Forschung zum Kündigungsverhalten von Pflegefachpersonen liegen in den 1960er und 1970er Jahren.<sup>307</sup> Die Literatur beschäftigt sich hauptsächlich mit der Kündigungsabsicht als Prädiktor tatsächlicher Kündigungen von Pflegenden.<sup>308</sup> Nur wenig Forschung setzt sich mit dem tatsächlichen Verlassen des Berufs auseinander. Die Forschung zur Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen bedient sich überwiegend quantitativen Forschungsdesigns.<sup>309</sup> Die Mehrheit der Studien zur Kündigungsabsicht von Pflegenden stammt aus den USA, aus England oder Australien und konzentriert sich auf Pflegenden im Akutspitalsetting.<sup>310</sup> In den meisten Studien wurden zur Erhebung Fragebogen gewählt und der Fokus lag auf Pflegenden, die noch immer praktizieren.<sup>311</sup> Anfänglich beschäftigten sich ausschliesslich die Psychologie und die Ökonomie mit der Thematik. Die Ökonomie interessierte sich für die Evaluation von Möglichkeiten, Trainings, Bezahlung und Suchverhalten, während sich die Psychologie mit dem Einfluss der negativen und positiven Affektivität, dem organisationalen Commitment und der Arbeitszufriedenheit auf das Kündigungsverhalten beschäftigte.<sup>312</sup>

<sup>307</sup>Cavanagh, 1989; Nei, Snyder & Litwiller, 2015

<sup>308</sup>Zhu et al., 2015f

<sup>309</sup>Zhu et al., 2015

<sup>310</sup>Barron & West, 2005; Flinkman et al., 2008; Tummers, Groeneveld & Lankhaar, 2013

<sup>311</sup>O'Brien-Pallas, Duffield & Hayes, 2006

<sup>312</sup>Price, 2001

## 7.5 Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen

In der Schweiz beträgt die Fluktuationsrate von Pflegefachpersonen jährlich 19%.<sup>313</sup> Heinen et al. (2013) führten eine länderübergreifende Studie in 10 europäischen Ländern durch, darunter auch in der Schweiz. In der Schweiz äusserten 28% der Pflegenden die Absicht zu kündigen und 6% die Absicht aus dem Beruf auszusteigen.<sup>314</sup>

Die hohen Kündigungsraten von Pflegefachpersonen können durch die Veränderungen in der Ausbildung erklärt werden. Früher lag der Fokus auf der Loyalität und der Bindung, wohingegen Auszubildende heute eine liberale und befähigende Ausbildung geniessen.<sup>315</sup> Das führt dazu, dass emanzipierte Pflegenden auch eine Arbeit mit fortschrittlichen und zeitgemässen Arbeitsbedingungen suchen. Interessant sind Befunde, die zeigen, dass hohe resp. niedrige Kündigungsraten nicht mit den gleichen Faktoren korreliert sind. Das bedeutet, dass sich die Motivation von Abgängerinnen und Abgängern und Verbleibenden unterscheidet. Faktoren, die die Kündigungen begünstigen sind: Arbeitsbelastung, unregelmässige Schichtarbeit, Lohnungleichheit, geringe Kontrolle und Komplexität bei der Arbeit, unklare Situationen und Rollen, fehlende Beförderung und Arbeit-Familien-Konflikte. Faktoren, die zum Verbleiben motivieren sind: eine gute Organisationsstruktur, Weiterentwicklungsmöglichkeiten, Teamkohärenz und -zusammenarbeit.<sup>316</sup> 85% sehen als Hauptgrund für den Beginn des Kündigungsprozesses Konflikte zwischen Pflegefachpersonen und Führungskräften. 42% sehen die Hauptquelle in der fehlenden Teamkohärenz und -unterstützung.<sup>317</sup> Die länderübergreifende Studie von Hayes et al. (2006) fand emotionale Erschöpfung und Probleme mit der Arbeitsgestaltung als Hauptgründe für Kündigungen von Pflegefachpersonen.<sup>318</sup>

Fluktuationen sind wiederum mit Kosten und Einarbeitungszeiten für neue Mitarbeitende verbunden. Zahlen aus den USA quantifizieren den Ersatz einer gut qualifizierten Pflegefachperson mit Kosten um 64'000 Dollar.<sup>319</sup> Duffield et al (2014) sprechen sogar von Kosten bis 88'000 Dollar.<sup>320</sup> Oder Takase, Yamashita & Oba (2007) quantifizieren die Kosten auf das 1.2- bis 1.4-fache eines Jahreslohnes. Die Kosten setzen sich zusammen aus Ausschreibungs-, Rekrutierungs-, Vakanz-, Einstellungs-, Orientierungs- und Trainingskosten.<sup>321</sup> Die Empirie zeigte ausserdem, dass Kündigungen die Moral der verbleibenden Pflegenden und die Produktivität negativ beeinflussen.<sup>322</sup> Die reduzierte Produktivität führt zu Einbussen von 30% bis 60% der indirekten<sup>323</sup> Kosten.<sup>324</sup> Darüber hinaus entstehen Kosten aufgrund der reduzierten Pflegequalität, des schlechten

---

<sup>313</sup>McCarthy, Tyrrell & Lehane, 2007

<sup>314</sup>Heinen et al., 2013

<sup>315</sup>McCarthy, Tyrrell & Lehane, 2007

<sup>316</sup>Dasgupta, 2014

<sup>317</sup>Tai et al., 1998

<sup>318</sup>Hayes et al., 2006

<sup>319</sup>Schubert et al., 2005; Cortese, 2012

<sup>320</sup>Duffield et al., 2014

<sup>321</sup>Takase, Yamashita & Oba, 2007

<sup>322</sup>Hayes et al., 2006

<sup>323</sup>Indirekte Kosten sind Kosten für beispielsweise die Einführung, das Training und die Produktivität neuer Mitarbeiter. (Duffield et al., 2014)

<sup>324</sup>Duffield et al., 2014

Arbeitsumfelds und der negativen Kultur, der Arbeitsunzufriedenheit, dem Misstrauen sowie aufgrund des Verlusts von Wissen und aufgrund von weiteren Kündigungen.<sup>325</sup> Der Zeitdruck und die mangelnde Pflegequalität haben bei 70% der Befragten – in der Studie von Estryn-Béhar et al. (2007) – die Kündigungsabsicht ausgelöst.<sup>326</sup>

Ähnliche Summen – wie oben genannt – sind auch für die Schweiz anzunehmen. In der Schweiz führt die Berufsverweildauer von durchschnittlich 12 Jahren dazu, dass sich die Investitionen in die Ausbildung – wegen der Dauer und Kosten der Ausbildung im Vergleich zur Verweildauer im Pflegeberuf – nicht mehr lohnen, da mit jeder Kündigung Wissen und Erfahrung verloren gehen.<sup>327</sup> Zwischen dem Ausbildungsgrad und der Kündigungsabsicht besteht nun dahingehend ein Zusammenhang, dass besser qualifizierte Pflegefachpersonen eher kündigen.<sup>328</sup> Mit dem weltweit steigenden Ausbildungsstandard hat sich auch die Wahrscheinlichkeit den Beruf zu wechseln erhöht.<sup>329</sup> Der Personalmangel und die Fluktuation führen zu Verlust von Fachkompetenz und zu Mängeln in der Dokumentation, der Patienteninformation sowie zum Vergessen von wichtigen Terminen. Weitere Folgen sind auch Verzögerungen bei der Behandlungsdurchführung.<sup>330</sup>

*Hypothese H.17: Die Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit dem Ausbildungsgrad.*

In der Forschung zur Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen können drei Gruppen unterschieden werden. In der ersten Gruppe untersuchen Forscher die Kündigungsabsicht von Pflegenden in Abhängigkeit mit persönlichen Charakteristiken wie Alter, Geschlecht und Bildungshintergrund. In der zweiten Gruppe liegt das Forschungsinteresse auf dem Zusammenhang der Kündigungsabsicht mit Wahrnehmungen bezüglich Organisation und/oder Arbeit. Dazu gehören die Bezahlung, die Autonomie oder der Stress. Schliesslich beschäftigt sich die dritte Gruppe von Studien mit der Untersuchung der Kündigungsabsicht und der Beziehung mit Gefühlen und Einstellungen gegenüber dem Arbeitgeber – wie der Arbeitszufriedenheit oder dem Commitment (siehe Hypothese H.9.b, Kapitel 7.3.3).<sup>331</sup>

Die NEXT-Studie (Nurses Early Exit-Studie), eine breitangelegte Studie in 10 europäischen Ländern (Belgien, Finnland, Frankreich, Deutschland, England, Italien, Holland, Polen, Schweden und Slowakei)<sup>332</sup>, untersuchte das Kündigungsverhalten von Pflegefachpersonen vertieft. Tatsächliche Berufsabgängerinnen und -abgänger wurden hierzu befragt. Die Studie zeigte, dass geringe Herausforderungen, die Arbeitsbedingungen, fi-

<sup>325</sup>Dasgupta, 2014

<sup>326</sup>Estryn-Béhar et al., 2007

<sup>327</sup>GDK, 2010; Schubert et al., 2005; Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010; Strachota et al., 2003

<sup>328</sup>Cortese, 2010

<sup>329</sup>Tai et al., 1998

<sup>330</sup>Schubert et al., 2005

<sup>331</sup>Takase, Yamashita & Oba, 2007

<sup>332</sup>Flinkman et al., 2008

nanzielle und persönliche Gründe zur Kündigung führten.<sup>333</sup> Die Abgängerinnen und Abgänger suchten nach besserer Arbeit, besseren Lebensbedingungen und nach einer Verbesserung der Karrieremöglichkeiten.<sup>334</sup> Gemäss der NEXT-Studie beginnt der Kündigungsprozess normalerweise bereits ein Jahr vor der Kündigung. Die definitive Entscheidung fällt sechs Monate vor der tatsächlichen Kündigung. Dies impliziert, dass ein Zeitrahmen für präventive Interventionen durch die Organisation besteht.<sup>335</sup> Nicht in jedem Fall können Kündigungen vermieden werden. Morrell (2005) unterscheidet daher drei Kündigungstypen.

- Typ 1: Der Kündigungsentscheid erfolgt durch einen arbeitsbezogenen Vorfall, der in der Regel unerwartet und negativ war und Arbeitskollegen tangiert hat. Eine Kündigung wird von Typ1-Personen als vermeidbar angesehen.

*„I had been assured I could come off a rotational program for newly graduated nurses. My second rotation...was very satisfying to me and I wished to pursue it for much longer. This had been agreed via my clinical leader and process manager, I was later told it had not been agreed.“*

- Typ 2: Die Kündigung wurde durch einen persönlichen Vorfall ausgelöst, der im Normalfall erwartet, positiv und privat war. Auch diese Kündigungen wären vermeidbar gewesen.

*„My husband was given the opportunity to train (overseas).“*

- Typ 3: Kündigungen vom Typ 3 sind nicht auf einen Vorfall oder Schock zurückzuführen, sondern laufen graduell über einen längeren Zeitraum ab. Manche Kündigungen dieses Typus wären vermeidbar gewesen, andere nicht.

*„Reduced numbers of experienced, competent nursing staff (meant) departments working in isolation, newly qualified staff not adequately trained thus increasing pressure on existing staff, increased expectations of general public, ward staff are in the frontline and are often criticised by all others departments and specialist nurses therefore morale suffers.“*

Kündigungen können erklärt werden als eine Serie von Prozessen, die mit den Persönlichkeitsmerkmalen und Charakteristiken der Arbeit beginnt.<sup>336</sup> Wenn sich jemand für eine Karriere entschieden hat, geht die Selbstselektion weiter, nämlich im Versuch einen passenden Arbeitgeber zu finden. Wenn die Passung von Organisation und Person schlecht ist, resultiert dies in einer grösseren Wahrscheinlichkeit einer Kündigung oder in schlechterer Leistung. Das ethische Klima einer Organisation bleibt allerdings in der Regel bis zum Anstellungsbeginn verborgen.<sup>337</sup> Begleitet werden anfängliche Zweifel oder Unsicherheiten z.B. durch die Arbeits(un)zufriedenheit und die Einstellung gegenüber

<sup>333</sup>Für weitere Variablen, die mit der Kündigung von Pflegenden in Beziehung stehen wird an dieser Stelle auf Lei, Snyder & Litwiller (2014) verwiesen.

<sup>334</sup>Lynn & Redman, 2005

<sup>335</sup>Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010

<sup>336</sup>Nei, Snyder & Litwiller, 2015

<sup>337</sup>Sims & Kroeck, 1994



der Arbeit (z.B. Stress) oder sie werden beeinflusst durch organisationale Charakteristiken.<sup>338</sup> Der Personalmangel erhöht unter anderem den Stress und den Druck auf die Pflegekräfte, was wiederum die Arbeitszufriedenheit senkt und die Kündigungsabsicht erhöht.<sup>339</sup> Keller & Semmer (2013) zeigen, dass die Arbeitszufriedenheit vor einem Stellenwechsel tief ist und kurz nach erfolgtem Stellenwechsel sofort wieder zunimmt.<sup>340</sup> Deshalb haben viele Untersuchungen versucht, Ursachen und Auswirkungen für resp. auf die Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen zu identifizieren. Das Interesse an der Kündigungsabsicht rührt daher, weil die Arbeitsunzufriedenheit – wie zuvor ausgeführt – als Vorstufe zur freiwilligen Fluktuation gilt. Eine hohe Fluktuation kann einerseits eine Organisation beleben, aber beeinflusst andererseits, bei einer hohen Rate, die Kapazität Patientenbedürfnisse zu befriedigen und eine qualitativ gute Pflege zu leisten sowie die Effektivität eines Spitals negativ. Überdies konnten Studien belegen, dass Patientinnen und Patienten auf Abteilungen mit einer hohen Fluktuation weniger zufrieden mit der Pflege sind, da sich Pflegenden mit Kündigungsabsicht weniger engagierten.<sup>341</sup> Die effektivste Strategie mit dem Personalmangel im Gesundheitswesen umzugehen wäre, die Fluktuation der Pflegefachpersonen zu reduzieren. Dabei erwies sich die Arbeitszufriedenheit als wichtigster Faktor, um die Kündigungsabsicht oder die Absicht zu bleiben zu beeinflussen.<sup>342</sup>

Allgemeine Prädiktoren für eine Kündigung sind überdies, die Beschäftigungsdauer, die Bezahlung, die Kommunikation und Information mit resp. von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, der Grad der Routine und Autonomie, Möglichkeiten zur Partizipation und Verantwortungsübernahme, die Verteilungsgerechtigkeit, die Bindung an die Organisation sowie, das Verhalten und die Unterstützung von Vorgesetzten sowie die wahrgenommenen Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt und ein partizipativer Entscheidungsfindungsprozess.<sup>343</sup> Besonders ein partizipativer Führungsstil und die Beteiligung des Personals in der Entscheidungsfindung fördern dies.<sup>344</sup> Das kommt auch in einem Interview für diese Arbeit in der Antwort auf die Frage, warum die Fluktuation im Gesundheitswesen so hoch ist, zum Ausdruck:

*„Ich glaube, das ist aber auch vor allem, wie arbeitet man im Team. Und ist man ein Team und verhält sich so und geht partizipativ miteinander um? Oder gibt es noch, jetzt sag ich mal, Könige und Untergebene. Ich habe keine Mühe zu dienen, also das Wort ist irgendwo out, aber letztlich heisst das dann, gegenseitig dienen. Dieses Hierarchiegehebe, dass wenn jemand in den weissen Kittel steigt und dann auch gewisse Verhaltensformen an den Tag*

<sup>338</sup>Nei, Snyder & Litwiller, 2015

<sup>339</sup>Applebaum et al., 2010; DeGieter et al., 2011; Price, 2001

<sup>340</sup>Keller & Semmer, 2013

<sup>341</sup>Park & Kim, 2009; Coomber & Barriball, 2007; Lu et al., 2012; Larrabee et al., 2003; Delobelle et al., 2010

<sup>342</sup>Caricati et al., 2014

<sup>343</sup>Price & Mueller, 1981; Cavanagh, 1989; Hayes et al., 2006; Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010; Li et al., 2010; O'Brien-Pallas, Duffield & Hayes, 2006; Tai et al., 1998; Krausz et al., 1995

<sup>344</sup>Strachota et al., 2003

## 7.5 Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen

*legt, die offenbar legitim sind durch den Kittel. Dann muss ich sagen, nein, das nicht. Es muss fair sein, es muss konstruktiv sein. Die Frage ist immer, was hilft dem Patienten am besten.“* (Interviewpartner 3, Pflegefachmann)

Empirische Befunde zeigen ausserdem, dass jüngere, männliche und gut qualifizierte Pflegendе eher kündigen, insbesondere, wenn kein Commitment besteht und die Unzufriedenheit mit der Bezahlung hoch ist sowie wenige Entwicklungsmöglichkeiten bestehen.<sup>345</sup> Die Wahrscheinlichkeit zu kündigen, ist gemäss der Erhebung von Barron & West (2005), im Alter von 32 Jahren am höchsten, da dann auch die Wahrscheinlichkeit eine gute Alternative zu finden sehr hoch ist. Ältere und erfahренere Pflegefachpersonen kündigen eher nicht.<sup>346</sup> Damit junge Pflegendе zufrieden sind, sind Unterstützung, angemessene Erwartungen, Lob und Interaktionsmöglichkeiten sehr wichtig, um das berufliche Selbstvertrauen aufzubauen.<sup>347</sup> Ausserdem hat das Alter einen moderierenden Effekt auf die Beziehung zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Kündigungsabsicht.<sup>348</sup>

*Hypothese H.18.a: Männliche und weibliche Pflegefachpersonen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Kündigungsabsicht.*

*Hypothese H.18.b: Die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit, eine gute Alternative zu finden, korreliert positiv mit der Kündigungsabsicht.*

*Hypothese H.18.c: Hypothese H.18.c: Die Korrelation zwischen der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit eine gute Alternative zu finden und der Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr eine neue Stelle zu suchen und der Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr die Stelle zu kündigen wird moderiert durch das Alter.*

Länger angestellte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer haben viel Wissen in eine Organisation investiert und haben mehr zu verlieren als Mitarbeitende mit kürzerer Anstellungsdauer.<sup>349</sup> Darüber hinaus kündigen Vollzeitangestellte öfter, denn lange Schichten, Überzeiten, Wochenend-, Nacht- und Feiertagsarbeit und -überzeit fördern Kündigungen.<sup>350</sup> Die Arbeitszufriedenheit, die Arbeitsautonomie und das Commitment sind bei Mitarbeitenden mit Führungsaufgaben höher und die Kündigungsabsicht folgedessen geringer.<sup>351</sup> Ausserdem sind Kündigungen wahrscheinlich, wenn es für die Beschäftigten nur wenige vertikale Aufstiegsmöglichkeiten gibt.<sup>352</sup> Die Unzufriedenheit mit den Aufstiegschancen beeinflusst die Kündigung von Pflegenden stärker als beispielsweise die

<sup>345</sup>Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010; Barron & West, 2005; Heinen et al., 2013; Nei, Snyder & Litwiller, 2015; Tummers, Groeneveld & Lankhaar, 2013

<sup>346</sup>Liu et al., 2011; Beecroft, Dorey & Wenten, 2008; Barron & West, 2005; Heinen et al., 2013; Tourangeau & Cranley, 2006; Tai et al., 1998

<sup>347</sup>Beecroft, Dorey & Wenten, 2008

<sup>348</sup>Delobelle et al., 2010

<sup>349</sup>Tai et al., 1998

<sup>350</sup>Dasgupta, 2014; Barron & West, 2005; O'Brien-Pallas, Duffield & Hayes, 2006

<sup>351</sup>Tai et al., 1998

<sup>352</sup>Cavanagh, 1989

Arbeitsbelastung oder die Bezahlung.<sup>353</sup> 54.2% der Varianz der Kündigungsabsicht wird durch die Faktoren mangelnde Verteilungsgerechtigkeit, Arbeitsbelastung, unangemessene Ressourcen, fehlender Vorgesetztsupport und Arbeitsunzufriedenheit erklärt.<sup>354</sup>

Neben der grossen Zahl quantitativer Studien gibt es auch qualitative Studien, die die quantitativen Befunde stützen. So identifizieren beispielsweise Mittal, Rosen & Leana (2009) in ihrer qualitativen Studie vier Kündigungstreiber: Fehlen von Respekt, schlechte Führung, Arbeits- oder familiäre Konflikte, Schwierigkeit der Arbeit. Förderlich, damit Mitarbeitende bleiben, sind: das Gefühl gebraucht zu werden, gute Pflege geben zu können, Einstehen für die Patientinnen und Patienten, persönliche Beziehungen zu Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen, die Religion und Spiritualität, das Handwerk sowie die Flexibilität.<sup>355</sup> Methodisch sind die fehlende einheitliche Definition sowie unterschiedliche Messarten Streitpunkte in der Forschung zur Kündigung von Pflegefachpersonen.<sup>356</sup> Wie erwähnt ist die besterforschtste Beziehung diejenige zwischen Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht – dazu gehören neben der allgemeinen Arbeitszufriedenheit die Zufriedenheit mit der Bezahlung und dem Einsatzplan, mit der Kontrolle und Autonomie sowie mit den Aufstiegsmöglichkeiten.<sup>357</sup> Flinkman et al. (2008) fanden, dass diejenigen Pflegefachpersonen, die ein Burnout erlebten, schlechte Entwicklungsmöglichkeiten, ein geringes Commitment oder tiefe Arbeitszufriedenheitswerte hatten sowie Arbeit-Familienkonflikten oder einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt waren, öfters in Erwägung zogen zu kündigen oder sogar den Pflegeberuf ganz aufzugeben.<sup>358</sup>

Trotz der Datenlage wurden wenige Programme entwickelt, um tatsächliche Kündigungen zu stoppen.<sup>359</sup> Die Problematik des Personalmangels im Gesundheitswesen liegt oft darin, dass mit allen Mitteln versucht wird Personal zu ersetzen, anstatt zu halten.<sup>360</sup>

In Studien werden drei Strategien vorgeschlagen, um Kündigungen vorzubeugen: Personal beibehalten, ehemalige Pflegendе zurückgewinnen und eine internationale Rekrutierung.<sup>361</sup> Da der Pflegeberuf oft auch als Beschäftigung für Frauen porträtiert wird, müssen in der Rekrutierung von Männern zusätzlich noch Stereotypisierungen überwunden werden.<sup>362</sup> Darüber hinaus gibt es empirische Bestätigung dafür, dass Menschen in sogenannt „*geschlechtsatypischen*“ Berufen weniger lang in der Profession verbleiben.<sup>363</sup>

Besonders bewährt hat sich für die Personalerhaltung das Konzept der Magnetspitäler.

---

<sup>353</sup>Dasgupta, 2014

<sup>354</sup>Chen et al., 2008

<sup>355</sup>Mittal, Rosen & Leana, 2009

<sup>356</sup>Cavanagh, 1989

<sup>357</sup>McCarthy, Tyrrell & Lehane, 2007; Tourangeau & Cranley, 2006; Dasgupta, 2014; Flinkman et al., 2008

<sup>358</sup>Flinkman et al., 2008

<sup>359</sup>Dasgupta, 2014

<sup>360</sup>Morrell, 2005

<sup>361</sup>Zhu et al., 2015; Estryn-Béhar et al., 2007

<sup>362</sup>Barriball & While, 1996

<sup>363</sup>Barron & West, 2005

In diesen Spitälern ist das Personal zufriedener und kündigt weniger häufig – darüber hinaus ist auch die Pflegequalität besser. Gründe dafür sind eine dezentralisierte Entscheidungsfindung, autonomes und befähigtes Handeln, eine gute Kommunikation, offene und partnerschaftliche Beziehungen zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal. In einem Exkurs in Kapitel 10.3.5 wird näher auf das Konzept der Magnetspitäler eingegangen. Eine Forschungslücke, in Bezug auf die diskutierte Thematik, besteht hinsichtlich des Einflusses von Persönlichkeitsfaktoren wie den Big Five Faktoren oder der Berufsethik auf die Kündigungsabsicht.<sup>364</sup> In dieser Arbeit wird deshalb der Zusammenhang von Berufsethos und Kündigungsabsicht untersucht, um einen Beitrag zur Schliessung dieser Forschungslücke zu leisten (siehe Hypothese H.10, Kapitel 7.3.3).

### 7.5.3 Verwendete Skala zur quantitativen Erfassung der Kündigungsabsicht

Mobley et al. (1987) führten zahlreiche Erhebungen zur Kündigungsabsicht durch. Das Modell von Mobley et al. (1987) resp. die Fragen zu seinem Modell werden aufgrund der breiten Vernetzung und erfolgreichen Validierung in früheren Studien für diese Arbeit verwendet. Der Erhebung aus dem Jahre 1987 liegt ein mehrstufiges Modell zugrunde (Abbildung 7.6), das das Nachdenken über eine Kündigung („*Wie oft denken Sie über eine Kündigung Ihrer aktuellen Stelle nach?*“), die Wahrscheinlichkeit eine akzeptable Alternative zu finden („*Für wie wahrscheinlich halten Sie es, eine annehmbare Alternative zu Ihrer jetzigen Stelle zu finden?*“) sowie die Absicht eine neue Stelle zu suchen („*Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie im nächsten halben Jahr eine neue Stelle suchen?*“) und die eigentliche Kündigungsabsicht („*Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie im nächsten halben Jahr Ihre Stelle kündigen?*“) mit je einem Item erhebt.

Im Anschluss an die oben beschriebenen theoretischen Grundlagen zu den, in dieser Arbeit untersuchten Konstrukten, werden in den folgenden Kapiteln die qualitative und quantitative Erhebung beschrieben. Kapitel 8 und 9 geben das Vorgehen und die Resultate zu den untersuchten Hypothesen wieder.

---

<sup>364</sup>Nei, Snyder & Litwiller, 2015



# 8

## Qualitative Datenerhebung zur Operationalisierung des Berufsethos in der Pflege

Aufgrund der erwähnten Forschungslücke (Kapitel 7.3.3) wird in dieser Arbeit ein „mixed-method“-Ansatz zur Untersuchung des Berufsethos von Pflegefachpersonen in der Schweiz gewählt, der einerseits das Berufsethos in den Leitfadeninterviews bottom-up operationalisiert und andererseits in der Fragebogenerhebung verifiziert. In dieser Arbeit wurde einsteigend ein qualitativer Zugang zur Thematik gewählt, der versucht, das Berufsethos der Pflegefachpersonen in der Schweiz zu operationalisieren. In den folgenden Teilkapiteln wird das Vorgehen der qualitativen Datenerhebung, die Auswertung der Interviews sowie die Entwicklung einer Skala für die quantitative Erhebung des Berufsethos beschrieben.

### 8.1 Vorgehen für die Item-Generierung

Weil das Berufsethos in der Forschung noch nicht ausreichend operationalisiert wurde, wurden, vor der Skalenentwicklung eines quantitativen Messinstruments, Interviews mit Pflegefachpersonen durchgeführt. Mittels sogenannter qualitativer Leitfadeninterviews ( $n = 6$ ) bei Pflegefachpersonen wurde das Grundverständnis des pflegerischen Berufsethos untersucht. Als Interviewpartner einbezogen wurden diplomierte Pflegefachpersonen mit mindestens 5 Jahren Berufserfahrung im Schweizerischen Gesundheitswesen. Die Interviews sind anhand eines Interviewleitfadens mit 9 offenen Fragen strukturiert worden. Die Fragen basieren auf dem Interviewleitfaden von Stüber (2013) sowie auf der, in dieser Arbeit verwendeten Definition von Berufsethos (Tabelle 8.1). Die anonymisierten Interviews sind akustisch aufgezeichnet und verbatim transkribiert worden. Die Auswertung erfolgte computergestützt mit dem Programm „*QDA Miner*“. Ausgehend von den Ergebnissen der qualitativen Analyse wurden die Items für den Fragebogen entwickelt.

Da das Berufsethos über die Berufsgeschichte geformt, durch Sozialisationsprozesse weitergegeben wird und ausserdem stark evaluativ ist, haben die Fragen des Interviewleitfadens ebenfalls einen narrativ / evaluativen Charakter. Erfragt wurden lebensgeschichtli-

che resp. berufsgeschichtliche Aspekte und deren Bedeutung für die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner. Die Frage nach den Eigenschaften einer guten Pflegefachperson hingegen orientiert sich nicht konkret an persönlichen Erfahrungen, sondern erfragt eine subjektive Theorie des Berufsideals.

Tabelle 8.1: Interviewleitfaden

Fragen
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warum sind Sie Pflegefachperson geworden?</li> <li>2. Welche Eigenschaften sollte eine gute Pflegende besitzen?</li> <li>3. Was ist Ihnen persönlich wichtig?</li> <li>4. Was für eine Pflegende möchten Sie sein?</li> <li>5. Welche Entwicklungen haben Ihren Arbeitsalltag am stärksten beeinflusst? Wie?</li> <li>6. Wie hat sich Ihre Einstellung zu Ihrem Beruf in den letzten 5 Jahren verändert?</li> <li>7. Gibt es Faktoren, die einen Einfluss auf die Einstellung zu Ihrem Beruf haben? Welche?</li> <li>8. Durch welche Gegebenheiten fühlen Sie sich bei der Erledigung Ihrer Aufgaben unter Druck gesetzt?</li> <li>9. Würden Sie Ihren Beruf heute wieder ergreifen? Wenn ja, warum? Wenn nein, warum nicht?</li> </ol>

## 8.2 Datenanalyse

Die sechs Interviews mit Pflegefachpersonen wurden in einem ersten Schritt transkribiert. Dabei wurden die folgenden Richtlinien beachtet:

- Transkriptionen werden in einem Worddokument erfasst.
- Die Interviews sind nummeriert mit Interview 1, Interview 2 etc.
- Ausgewiesen wird jeweils die Dauer des Interviews, der Ersteller (Vorname Name und Datum) der Transkription sowie das Geschlecht der interviewten Person.
- In kursiver Schrift dargestellt sind die Fragen oder Bemerkungen des Interviewers.
- Nicht kursiv sind die Antworten und Aussagen der befragten Person.
- Pausen und „ähms“ werden in der Transkription nicht erfasst.
- Wo nötig, sind in eckigen Klammern Leserhilfen eingefügt, zur Unterstützung bei Textstellen, die für den Leser nicht eindeutig sind.
- Nach jeder Frage und jeder Antwort sind manuell Zeitmarkierungen eingefügt.

- Wird ein Satz im Interview nicht beendet, wird dies mit drei Punkten gekennzeichnet: ...
- Transkriptionen sind in schriftdeutscher Sprache verfasst, auch wenn die Mehrheit der Interviews im Dialekt geführt worden ist (entsprechend wurde die Satzstruktur jeweils leicht angepasst).
- Eckige Klammern mit Punkten verweisen darauf, dass ein Teil des Gesprächs nicht transkribiert wurde (z.B. weil man es auf der Aufnahme wirklich nicht versteht, weil die Pause sehr lange war oder weil etwas gesprochen wurde, das für das Interview keine Relevanz hat): [...].
- Aussagen, die eindeutige Rückschlüsse auf die interviewte Person zulassen, sind in der Transkription anonymisiert.

#### Beispiel eines Transkriptauszugs

Welche Eigenschaften, findest Du, sollte eine gute Pflegende oder ein guter Pfleger haben? #00:01:17#

*[...] Ich finde, das Wesentliche ist die Grundhaltung, die Grundhaltung zum Menschen und zwar ne, jetzt sag ich mal, eine positive, eine zugewandte...eigentlich Liebe, Liebe zum Menschen und [...] Liebe weitergeben, die wir ja auch kriegen und nicht irgendwie primär, jetzt sag ich mal, gewisse Arbeitsbedingungen, die spielen auch eine ganz ganz ganz entscheidende Rolle, aber [...] ich denke, eine Liebe zum Mitmenschen, ich sag jetzt dem Nächstenliebe. #00:02:04#*

Im Anschluss an die Transkription wurden die Interviews in das Softwareprogramm QDA Miner eingelesen. Das Programm unterstützt die Auswertung von qualitativen Daten. Ausgehend vom Interviewleitfaden wurde ein Kodierleitfaden erstellt. Dieser wurde während der Analyse zusätzlich mit aus dem Datenmaterial emergierenden Themen ergänzt.<sup>1</sup> Alle Interviews wurden mit den Codes aus dem Kodierleitfaden kodiert. Die Interviews wurden zweimal mit einem Unterbruch von zwei Wochen kodiert. Dies diente der Überprüfung, ob die verwendeten Codes stabil sind und sich replizieren lassen. Eine Einschränkung hierbei ist, dass die Kodierung von nur einer Person vorgenommen wurde. Deshalb wurden die Codes und ihre Bedeutungen zwei Experten vorgelegt. In diesem Schritt konnten die Codes und Codierungen ebenfalls bestätigt werden. Die Codierung diente der Gliederung und Gruppierung des Datenmaterials. Ebenfalls wurde mit der Codierung überprüft, ob die Codes ausreichend sind oder stets neue Themen in den Interviews hinzukommen. Die letzten beiden Interviews wurden zur Bestätigung der Datensättigung geführt. Die Codeliste war für die Codierung des Datenmaterials erschöpfend. Die Codeliste in Tabelle A.2 im Anhang gibt einen Überblick über die verwendeten Codes und die übergeordneten Kategorien. Jeder Code wurde definiert, wie er im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu verstehen ist. Davon ausgehend wurden

---

<sup>1</sup>Shaha & Schnepf, 2013



mit dem Code Retrieval ähnliche Textpassagen herausgefiltert und systematisiert. Auf diese Weise konnten neue Kategorien gebildet und das Berufsethos der Pflege skizziert werden.<sup>2</sup>

### 8.3 Ergebnisse der qualitativen Datenanalyse zum Berufsethos der Pflege

In diesem Kapitel werden ausschliesslich die Ergebnisse wiedergegeben, die direkt mit dem Berufsethos der Pflege in Zusammenhang stehen. Diese lassen sich aus den Antworten zur Frage, welche Eigenschaften eine gute Pflegende besitzen sollte, ableiten. Die weiteren Ergebnisse werden thematisch in der Diskussion aufgegriffen und dort kontextualisiert und diskutiert. Abbildung 8.1 gibt einen Überblick über Aspekte dieses Ideals und weist überdies – wo, aufgrund des Datenmaterials, möglich – definierende Facetten noch detaillierter aus.

In Anlehnung an Fagermoen (1997) wurden die Werte aus den Interviews in sogenannte „*other oriented values*“ und „*self-oriented values*“ unterschieden. Abbildung 8.2 zeigt diese Unterscheidung. „*Other oriented values*“ sind eher globaler Natur und richten sich vornehmlich an den Patientinnen und Patienten aus. Die Werte aus den Interviews wären hierzu Patientenorientierung, Fürsorge, Interesse am Menschen oder die Grundhaltung, wozu insbesondere die Nächstenliebe zählt. Diese Werte können auch als patientenfokussierte Werte bezeichnet werden. Hier wird der Bezug zur Care-Ethik deutlich. Das Berufsethos der Pflege zeichnet sich stark durch die Fürsorgeperspektive aus, während die Gerechtigkeitsperspektive in den Interviews nicht erwähnt wird. Demgegenüber sind „*self-oriented values*“ Werte, die sich an den Pflegefachkräften selbst ausrichten. Dazu zählen hier die Persönlichkeit (z.B. geduldig, reflektiert, sozialkompetent etc.), die Weiterentwicklung (z.B. Verknüpfen von Theorie und Praxis) oder die Fachkompetenz. Der gegenseitige Respekt lässt sich sowohl als „*other oriented value*“ als auch als „*self-oriented value*“ kategorisieren. Die in den Abbildungen 8.1 und 8.2 dargestellten Werte aus den Interviews mit den Pflegefachpersonen wurden in den Abbildungen 8.3 und 8.4 in den historischen Kontext – wie er in Kapitel 4 aufgearbeitet wurde – gestellt. Die Werte aus den Interviews wurden inhaltlich den Werten aus dem ICN Kodex zugeordnet. Es kommt zum Ausdruck, dass die Werte aus den Interviews ihr Pendant im ICN Kodex finden. Unbeantwortet bleibt die Frage, ob die Werte aus den Interviews durch die, in der Ausbildung vermittelten Werten z.B. des ICN Kodex sozialisiert oder erst im Laufe der beruflichen Tätigkeit angeeignet werden. Forschungsergebnisse zur beruflichen Identität indizieren eine solche Wertesozialisation (siehe dazu Kapitel 7.2 Berufliche Identität). Dass diese Werte verinnerlicht wurden, bestätigen die Interviews dahingehend, da in den Interviews nach dem Ideal einer guten Pflegefachperson gefragt wurde und nicht explizit nach dem Berufsethos resp. den beruflichen Werten.

---

<sup>2</sup>Burns & Groves, 2009

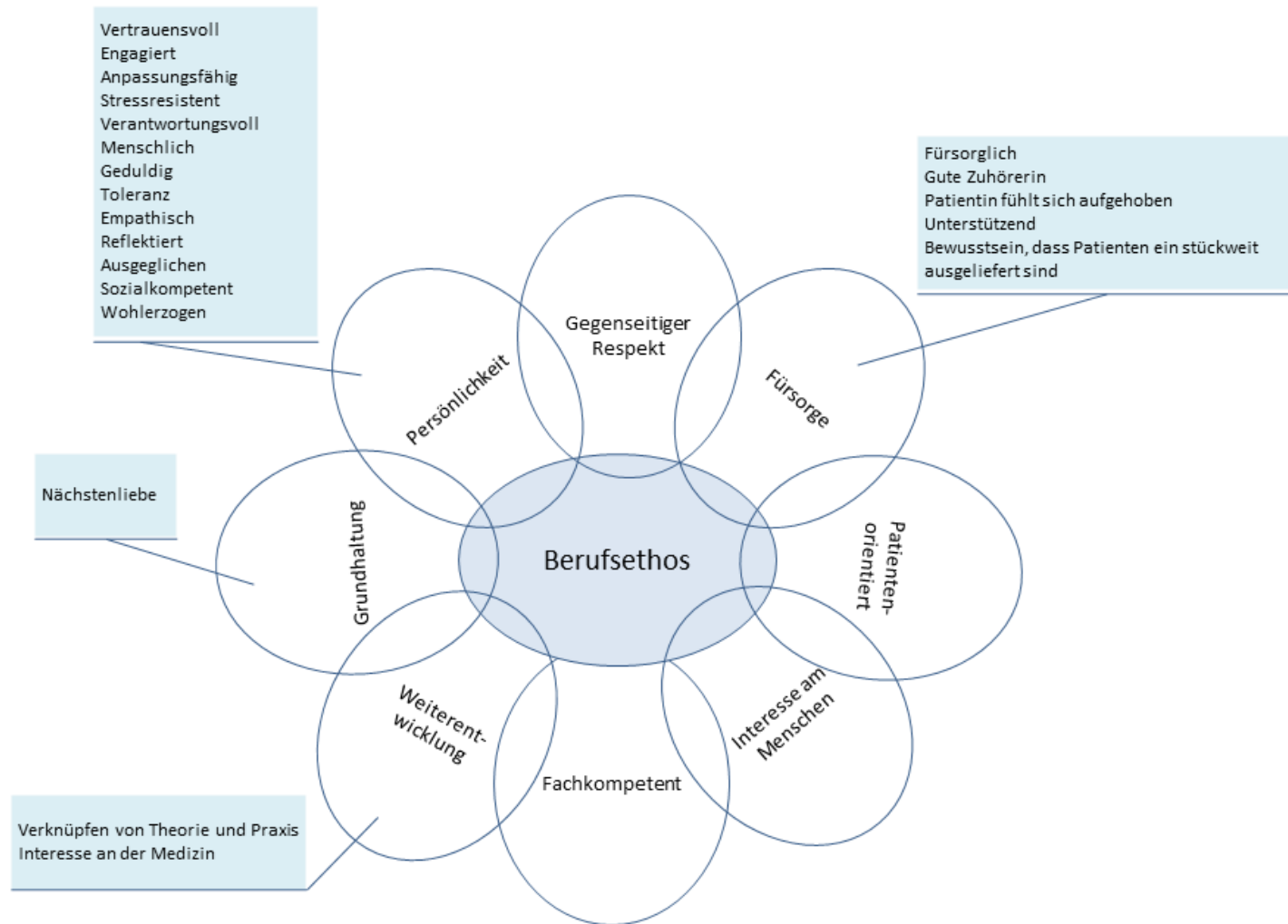


Abbildung 8.1: Ideal einer guten Pflegefachperson aus den Leitfadeninterviews

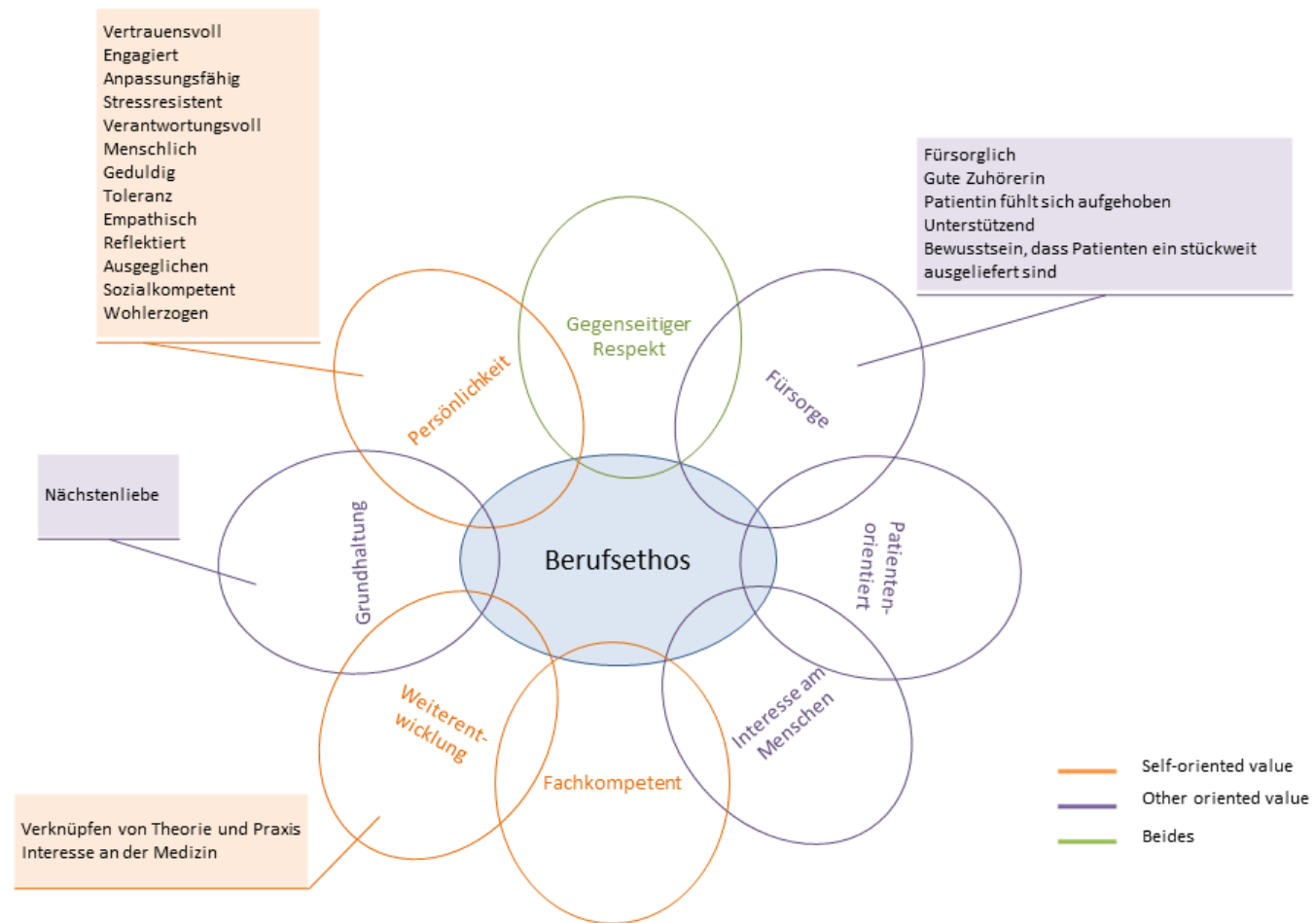


Abbildung 8.2: Kategorisierung in „self-oriented values“ und „other oriented values“ nach Fagermoen (1997)

#### 8.4 Entwicklung der Skala zur quantitativen Erfassung des Berufsethos

Wie die Abbildungen zeigen, entwickelten sich viele Werte, die auch noch heute bedeutsam sind, über den historischen Verlauf hinweg. Die Fürsorge, Verantwortung und Unterstützung für die Patientinnen und Patienten oder die Ausrichtung an den Patientinnen und Patienten sind schon seit den Anfängen der Heilkunde für die pflegerische Tätigkeit handlungsleitend. Mit der Aufklärung und dem Humanismus wurden die berufliche Weiterentwicklung und die Verknüpfung von Theorie und Praxis immer wichtiger. Durch Florence Nightingale flossen auch die Selbstreflexion, die Ausgeglichenheit und Stressresistenz oder das vertiefte Interesse an der Medizin in die pflegerische Arbeit ein. Nach 1948 gewann die berufliche Grundhaltung zunehmend an Bedeutung. „Modernere“ Werte schliesslich sind Umweltverantwortung, Vertraulichkeit von Patienteninformationen, Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege und anderen Berufen sowie die berufliche Weiterentwicklung und Fortbildung.

#### 8.4 Entwicklung der Skala zur quantitativen Erfassung des Berufsethos

Nach der Transkription und Codierung der Interviews wurden zu den verschiedenen Codes Fragen für das Instrument zur quantitativen Erfassung des Berufsethos der Pflege formuliert. Um mit der Sprache möglichst nahe bei der Zielgruppe zu sein, wurden die Formulierungen der Interviewpartnerinnen und -partner, wo möglich, übernommen. In einem nächsten Schritt wurden die Fragen in Anlehnung an die Themen des Interviewleitfadens gruppiert. Nachfolgend wurden die Aussagen in einer Frage in eine einheitliche Formulierung gebracht. Die Skala zum Berufsethos in der Pflege umfasste zum Zeitpunkt der Validierung eine Multiple-Choice Frage („*Welche der folgenden Aussagen beschreibt am treffendsten, weshalb Sie den Pflegeberuf gewählt haben?*“) und sechs Matrix-Fragen (z.B. „*Was für eine Pflegefachperson möchten Sie persönlich sein?*“ „*Beurteilen Sie, wie wichtig die folgenden Eigenschaften für Sie sind.*“).

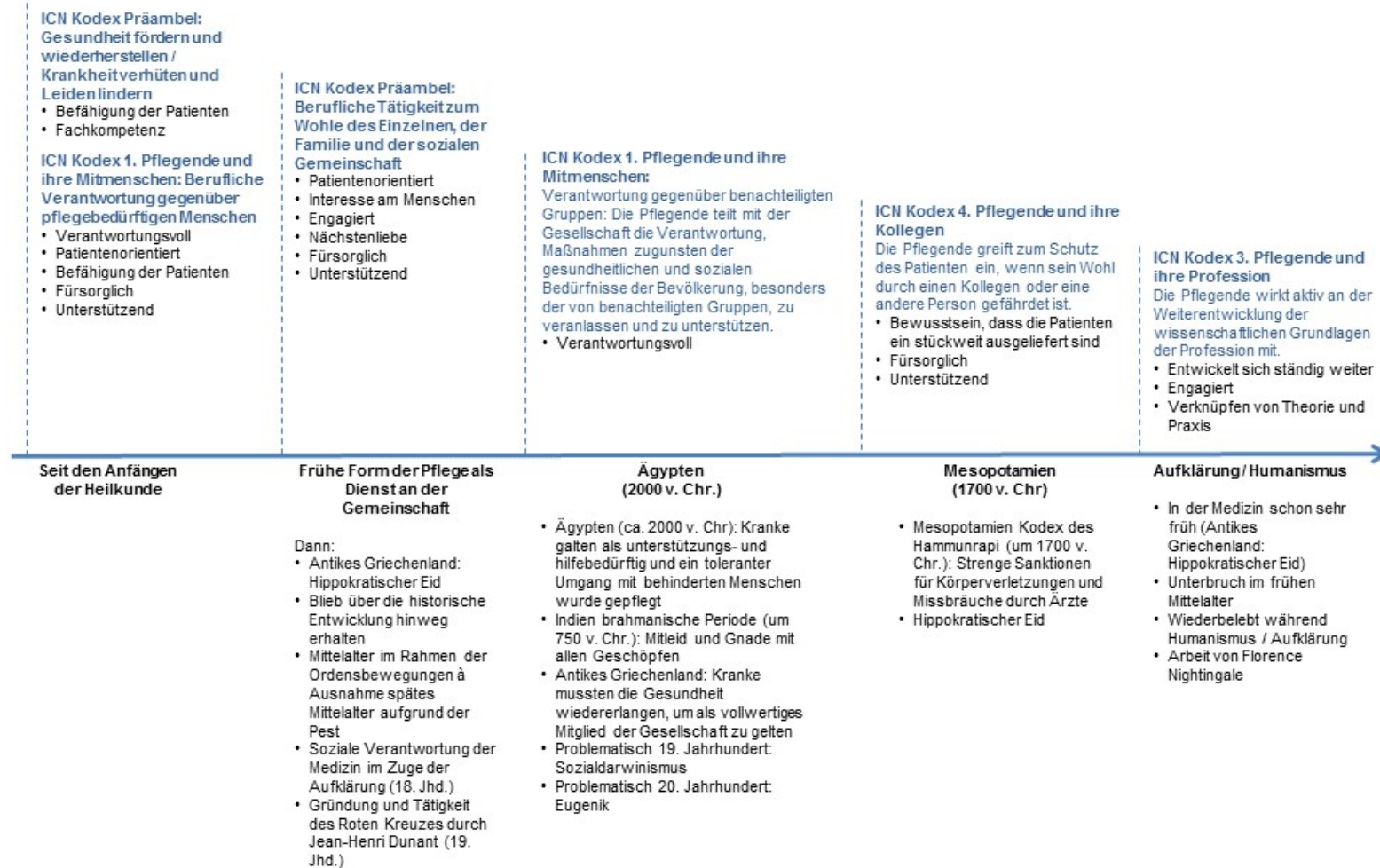


Abbildung 8.3: Historische Einbettung der Werte aus den Leitfadeninterviews und dem ICN-Kodex – Teil 1

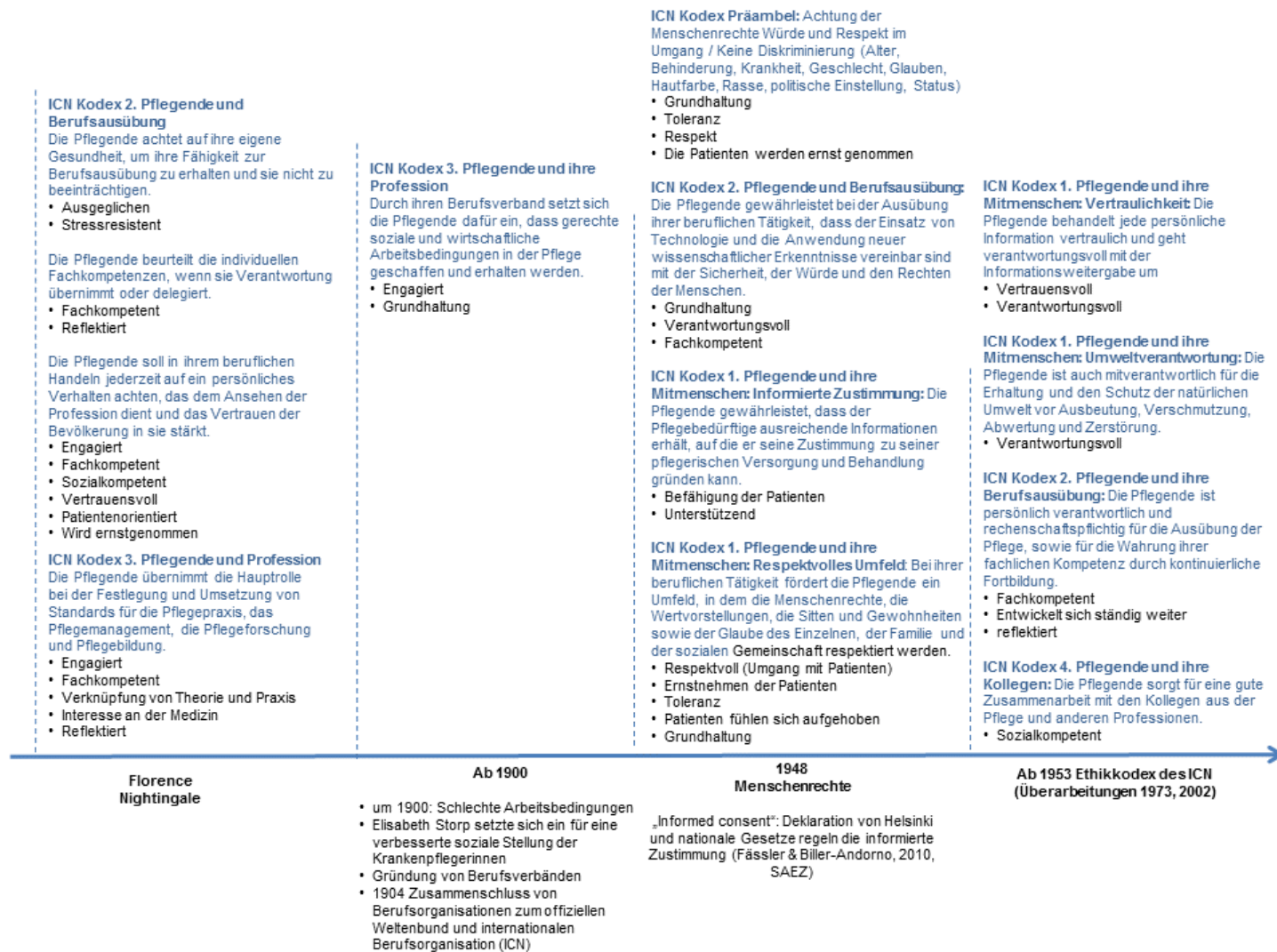


Abbildung 8.4: Historische Einbettung der Werte aus den Leitfadenterviews und dem ICN-Kodex – Teil 2

## 8.5 Validierung der Skala zur quantitativen Erfassung des Berufsethos

Die Skala zur berufsethischen Einstellung wurde von zwei unabhängigen Stichproben von Pflegefachpersonen ( $n_1 = 20$  und  $n_2 = 18$ ) aus zwei grossen Schweizer Spitälern auf ihre Verständlichkeit, allfällige Redundanzen und fehlende inhaltliche Aspekte hin untersucht.

Gleichzeitig wurde der Fragebogen einer interdisziplinären Expertengruppe von 5 Personen zur Überprüfung vorgelegt. Die Expertinnen und Experten aus Philosophie, Pflegewissenschaft und Germanistik prüften die Fragen hinsichtlich der inhaltlichen und formalen Kohärenz sowie der Berufsrelevanz für den Pflegeberuf. Nach diesen Überprüfungen wurden die Formulierungen der Fragen – wo nötig – angepasst, Redundanzen bereinigt und fehlende Aspekte der Fragestellungen ergänzt. Bei den Fragen zu den Eigenschaften, die eine Pflegefachperson braucht und zum Ideal der Pflegefachpersonen bestand das Problem darin, dass die Bewertungen – wie anfänglich angenommen – nicht stark differenzieren. Meist wurden die Werte als wichtig oder sehr wichtig eingestuft. Eine Möglichkeit dieser linksschiefen Verteilung entgegen zu wirken, wäre eine Hierarchisierung<sup>3</sup> der Werte zu verwenden. Aufgrund des Problems, dass die Probandinnen und Probanden in diesem Fall zu einer Entscheidung gezwungen und gleichberechtigte resp. zentrale Werte künstlich hierarchisiert würden, wurde von dieser Option abgesehen. Eine andere Möglichkeit mit der linksschiefen Verteilung umzugehen, wäre eine asymmetrische Beurteilungsskala einzusetzen, da bei der Beurteilung von Werten in der Regel davon ausgegangen werden kann, dass die Probandinnen und Probanden nicht das vollständige Antwortspektrum nutzen werden. Trotz der Vorteile einer höheren Differenzierung im positiven Bewertungsbereich, wurde eine symmetrische Bewertungsskala verwendet. Bei der Bewertung von Werten – einem sensiblen Untersuchungsgegenstand – könnte eine positiv eingeschränkte Skala als „*Bevormundung*“ der Probandinnen und Probanden wahrgenommen werden und sich negativ auf das Antwortverhalten und die Rücklaufquote auswirken. Darüber hinaus bedienen sich psychologische Tests eher selten diesem Antwortformat.<sup>4</sup>

Um eine Gleichbewertung der Werte zu ermöglichen, wurde deshalb für die Einschätzung eine 5-stufige Likert-Skala verwendet. Ausserdem war ein Ziel der Instrumententwicklung – ausgehend von den Leitfadeninterviews – ein „*Werteprofil*“ zu präsentieren. Gegenstandsbezogen kommt allen präsentierten Eigenschaften dieses Profils Relevanz zu, da im Rahmen der Leitfadeninterviews ebendieses angestrebt wurde. Das Erhebungsinstrument kann letztlich der Überprüfung und Validierung dieses Profils dienen und klären, ob und mit welcher Ausprägung das Profil für eine grössere Stichprobe statisti-

---

<sup>3</sup>Eine Hierarchisierung würde die Werte in eine Rangreihe einordnen. Je nach Bewertung würden sich die nacheinander einordnen lassen. Die Probandinnen und Probanden würden sich zwischen zwei Werten, die sich gegenüberstehen für den „wichtigeren“ Wert entscheiden müssen.

<sup>4</sup>Moosbrugger & Kelava, 2012

### 8.5 Validierung der Skala zur quantitativen Erfassung des Berufsethos

sche Bedeutung hat. Für künftige Forschungen bietet das Instrument eine Möglichkeit, den Wertewandel einer Berufsgruppe empirisch zu begleiten.

Die Fragen wurden lediglich dort angepasst, wo einzelne Begriffe oder Formulierungen für die Teststichproben unverständlich waren. Einzelne Items wurden aufgrund von Redundanzen gestrichen. Ein weiterer Grund für eine Streichung war, dass sie sich als zu wenig forschungsgegenstandsbezogen herausgestellt haben, beispielsweise wenn der Bezug zur Pflegearbeit nicht eindeutig war. Die befragten Pflegefachpersonen und die Expertengruppe hatten keine Ergänzungen bezüglich fehlender Themen. Einen Überblick über die Änderungen gibt Tabelle A.1 im Anhang. Die weitere Verwendung der Skala sowie die Ergebnisse der quantitativen Validierung finden sich in Kapitel 9.2.1 und werden in Kapitel 10 Diskussion kontextualisiert und diskutiert.





# 9

## Quantitative Erhebung zur Bestätigung der Hypothesen

Im Anschluss an die Leitfadeninterviews und die Entwicklung einer Skala zur Erfassung des Berufsethos von Pflegefachpersonen wurde eine quantitative Erhebung durchgeführt. Dafür wurde die Skala zur Erfassung des Berufsethos von Pflegefachpersonen mit weiteren Skalen ergänzt, die in den vorhergehenden Kapiteln erläutert wurden. Die Validität und Reliabilität dieser Skalen wurden in verschiedenen Erhebungen bestätigt.

Frühere Studien zeigten, dass Zusammenhänge zwischen der Arbeitszufriedenheit und der beruflichen Identität sowie mit der Kündigungsabsicht bestehen. Diese Erkenntnisse können zur Entwicklung von neuen Strategien beitragen, wie mit der Fluktuation im Pflegeberuf umgegangen werden kann.<sup>1</sup> Deshalb untersucht die vorliegende Arbeit den Zusammenhang zwischen den Formen der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann et al. (1975), der beruflichen Identität, dem Berufsethos und den verschiedenen Stufen der Kündigungsabsicht nach Mobley von Pflegefachpersonen in der Schweiz. Die demographischen Angaben wurden in Anlehnung an die Erhebung nurses@work<sup>2</sup> erhoben und mit Fragen zum Alter, Geschlecht sowie dem Beschäftigungsgrad ergänzt. Abbildung 9.1 zeigt den thematischen Aufbau der quantitativen Forschung.

### 9.1 Übersicht über die Hypothesen

Nachfolgend werden die postulierten Hypothesen – den theoretischen Kapiteln entsprechend – nochmals dargelegt. Dabei werden die Hypothesen in Haupt- und Nebenhypothesen gegliedert. Haupthypothesen (in fetter Schrift) erklären, in dieser Arbeit, die grösseren Zusammenhänge zwischen den Modellkomponenten und haben gleichzeitig für die Forschung einen Neuigkeitswert. Die Nebenhypothesen versuchen bestehende Befunde oder frühere Annahmen zu bestätigen. Natürlich bergen auch einzelne Nebenhypothesen Neuigkeitsgehalt für die Forschung.

---

<sup>1</sup>Sabanciogullari & Dogan, 2015

<sup>2</sup>Addor et al. (2016)

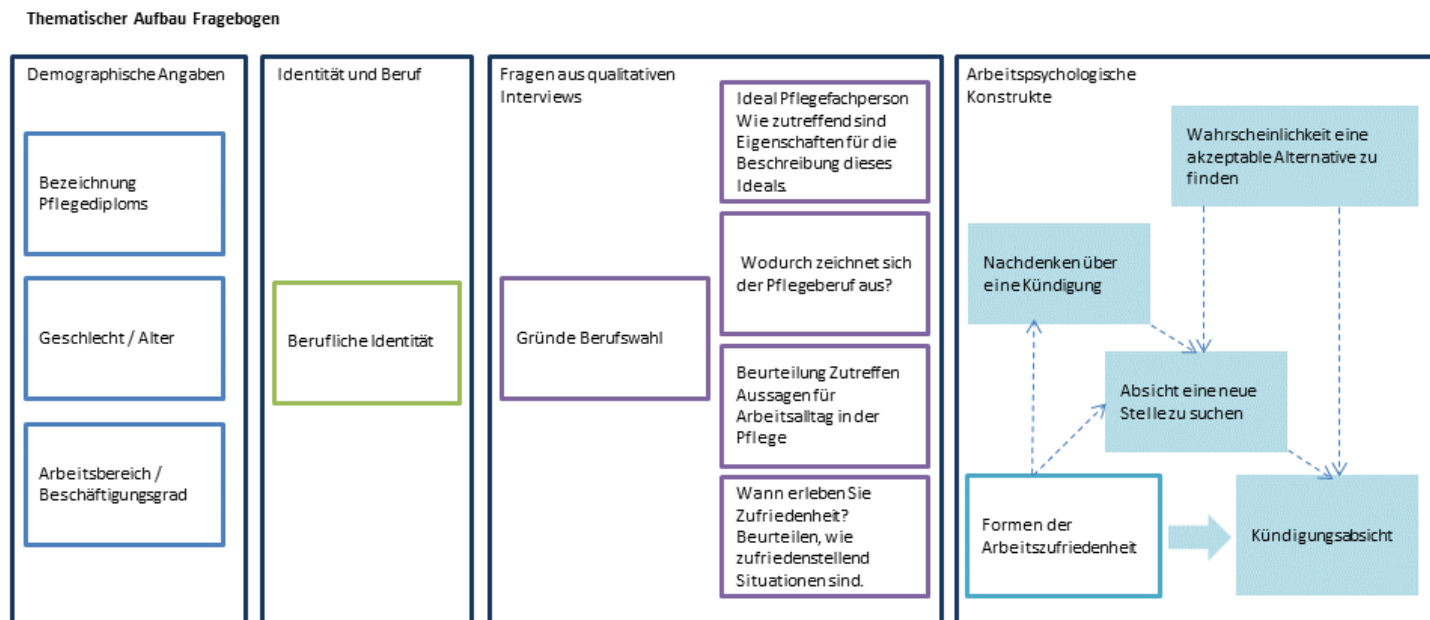


Abbildung 9.1: Thematischer Aufbau der Erhebung

### ***Berufliche Identität***

- Hypothese H.1: Die untersuchten Altersgruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausprägung der beruflichen Identität.
- Hypothese H.2: Der Zusammenhang von beruflicher Identität und Kündigungsabsicht wird von der Variable Alter moderiert.
- **Hypothese H.3: Die berufliche Identität korreliert positiv mit dem Berufsethos von Pflegefachpersonen.**
- Hypothese H.4: Die berufliche Identität korreliert mit den Aussagen zum Berufsalltag in der Pflege.
- **Hypothese H.5.a: Die berufliche Identität korreliert positiv mit der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit.**
- **Hypothese H.5.b: Die berufliche Identität korreliert negativ mit der konstruktiven sowie der fixierten Arbeitsunzufriedenheit und mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.**
- Hypothese H.6: Die berufliche Identität korreliert positiv mit zufriedenheitsauslösenden Situationen.
- Hypothese H.7: Die befragten Pflegefachpersonen unterscheiden sich in Bezug auf ihr Geschlecht in der beruflichen Identität.
- **Hypothese H.8: Die berufliche Identität korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.**

### ***Berufsethos***

- **Hypothese H.9.a: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit.**
- **Hypothese H.9.b: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.**
- **Hypothese H.10: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.**
- **Hypothese H.11: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit dem Alter.**

### ***Formen der Arbeitszufriedenheit***

- **Hypothese H.12: Die stabilisierte und progressive Arbeitszufriedenheit korrelieren negativ mit der Kündigungsabsicht. Die konstruktive und die fixierte Arbeitsunzufriedenheit sowie die resignative Arbeitszufriedenheit korrelieren positiv mit der Kündigungsabsicht.**

## 9 Quantitative Erhebung zur Bestätigung der Hypothesen

- Hypothese H.13.a: Die Aussagen zum Arbeitsalltag in der Pflege korrelieren mit den Formen der Arbeitszufriedenheit.
- Hypothese H.13.b: Die Situationen, die im Arbeitsalltag Zufriedenheit auslösen, korrelieren positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korrelieren negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.
- Hypothese H.14.a: Das Alter korreliert positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.
- Hypothese H.14.b: Der Ausbildungsgrad korreliert positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.
- Hypothese H.14.c: Die befragten Pflegefachpersonen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Geschlechts bezüglich der Formen der Arbeitszufriedenheit.
- Hypothese H.14.d: Der Beschäftigungsgrad korreliert negativ mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert positiv mit der konstruktiven, fixierten Arbeitsunzufriedenheit und der resignativen Arbeitszufriedenheit.

### **Kündigungsabsicht**

- Hypothese H.15: Aussagen zum Berufsalltag in der Pflege korrelieren mit der Kündigungsabsicht.
- Hypothese H.16: Das Alter korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.
- Hypothese H.17: Die Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit dem Ausbildungsgrad.
- Hypothese H.18.a: Männliche und weibliche Pflegefachpersonen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Kündigungsabsicht.
- Hypothese H.18.b: Die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit, eine gute Alternative zu finden, korreliert positiv mit der Kündigungsabsicht.
- Hypothese H.18.c: Die Korrelation zwischen der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit eine gute Alternative zu finden und der Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr eine neue Stelle zu suchen und der Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr die Stelle zu kündigen wird moderiert durch das Alter.

## 9.2 Stichprobe und Durchführung der Erhebung

Der Fragebogen wurde in elektronischer Form – zur vereinfachten Teilnahme – an Pflegefachpersonen in der deutschsprachigen Schweiz, die in unterschiedlichen Bereichen der Pflegepraxis tätig sind, gesendet. Die Teilnahme war freiwillig und anonym. Der Online-Fragebogen wurde von 267 Pflegefachpersonen vollständig ausgefüllt.

17% der Probanden waren männlich und 83% weiblich. Das Alter reichte von 20 Jahren bis über 60 Jahre und verteilte sich über alle Alterskategorien (20 bis 29 Jahre alt: 13%, 30 bis 39 Jahre alt: 23%; 40 bis 49 Jahre alt: 27%; 50 bis 59 Jahre alt: 30%; über 60 Jahre alt: 7%; siehe dazu Abbildung 9.2).

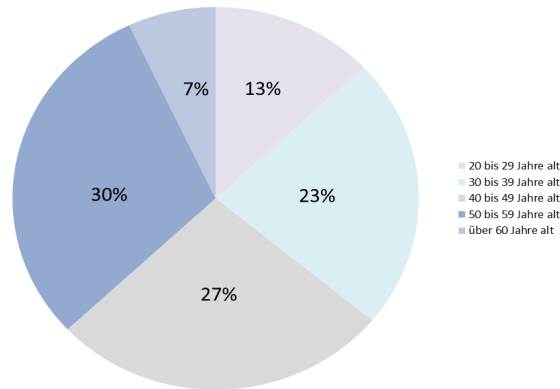


Abbildung 9.2: Verteilung der Altersgruppen in Prozent (n= 267)

17% der Befragten waren im Langzeitbereich tätig, 17% arbeiteten in der Psychiatrie und 4% für die Spitex. Die Mehrheit (62%) gab an, im Akutbereich zu arbeiten (siehe dazu Abbildung 9.3). 37% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren vollzeitbeschäftigt. Von 63% Teilzeitarbeitenden gaben 54% an, mehr als 50% zu arbeiten. Die meisten befragten Pflegefachpersonen (34%) waren Diplomierte Pflegefachfrauen HF resp. Pflegefachmänner HF oder hatten wie 32% der Befragten ein Diplom in Allgemeiner Krankenpflege (AKP).

Die übrigen 34% hatten ein anderes Diplom zum Beispiel PSY, KWS, IKP, SRK Diplom, oder einen Bachelor of Nursing Science auf Fachhochschul- oder Universitätsniveau.

Für die Analyse wurden die Ausbildungen/Abschlüsse in drei Gruppen kategorisiert: minimale Grundausbildung (Diplomniveau I, SRK Diplom), Grundausbildung (z.B. Diplomierte Pflegefachfrau HF, AKP, PSY, KWS, IKP, GKP und Diplomniveau II), weiterführende Ausbildung (z.B. BScN Fachhochschule, BScN Universität). Abbildung 9.4

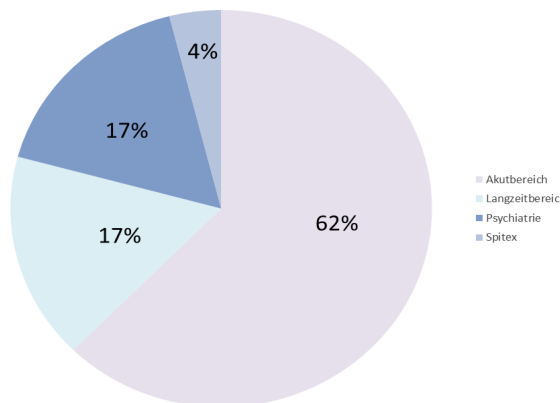


Abbildung 9.3: Verteilung der Arbeitsbereiche in Prozent (n= 267)

## 9 Quantitative Erhebung zur Bestätigung der Hypothesen

zeigt die Prozentanteile der drei Kategorien.

### *Kündigungsabsicht nach Mobley*

Die Mehrheit der befragten Pflegefachpersonen denkt nie oder selten an eine Kündigung (62,2%). Dennoch denken rund 36% manchmal oder oft an eine Kündigung. Nur 2% denken immer darüber nach. 39% der Befragten halten es für sehr unwahrscheinlich oder unwahrscheinlich eine annehmbare Alternative zur jetzigen Stelle zu finden. 51% hingegen halten dies für wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich. Obwohl es für 74% der Studienteilnehmenden sehr unwahrscheinlich oder unwahrscheinlich ist, im nächsten halben Jahr eine neue Stelle zu suchen, ist es für einen Fünftel wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich. Die Absicht, im nächsten halben Jahr die Stelle zu kündigen, ist für 80% der befragten Pflegefachpersonen unwahrscheinlich oder sehr unwahrscheinlich. Für 13% ist das wahrscheinlich oder sehr wahrscheinlich. Die Prozentzahlen sind für die verschiedenen Phasen der Kündigungsabsicht nach Mobley in Abbildung 9.5 dargestellt.

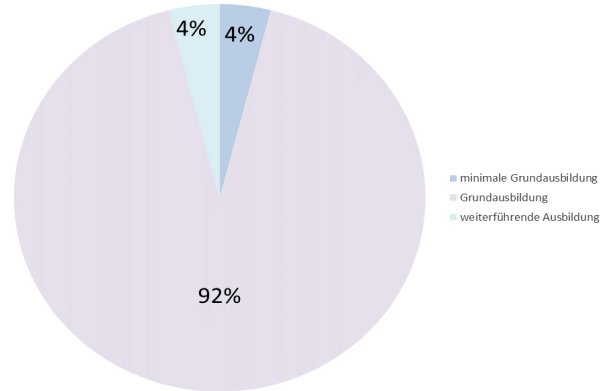


Abbildung 9.4: Verteilung der Ausbildung in Prozent (n= 267)

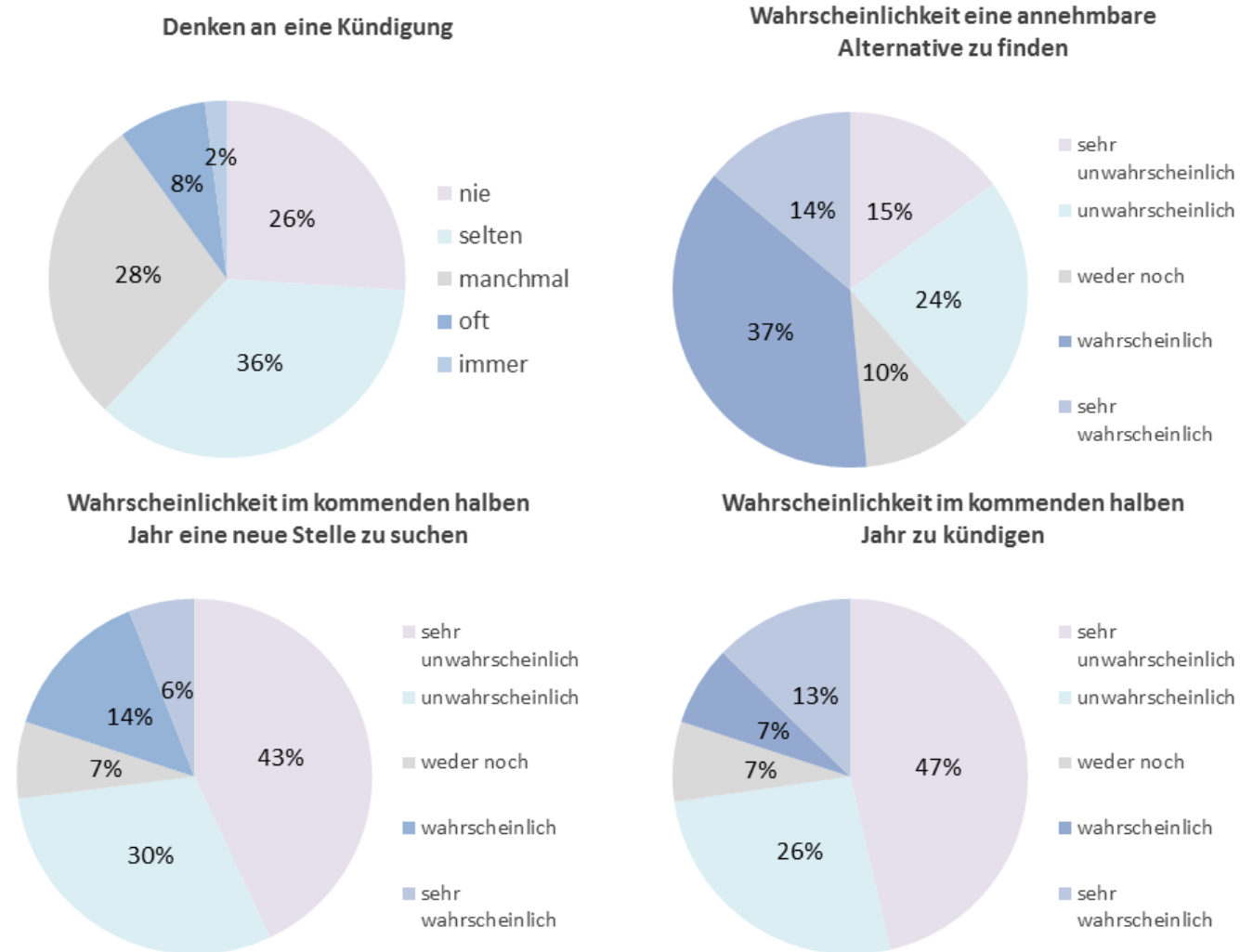


Abbildung 9.5: Verteilung der Kündigungsabsicht nach Mobley in Prozent (n= 267)



### 9.2.1 Validierung und Weiterentwicklung der neuentwickelten Skala

Da im Rahmen dieser Arbeit zur Operationalisierung des Berufsethos in der Pflege mehrere Items aus den qualitativen Interviews für die quantitative Erhebung entwickelt wurden, müssen diese in einem ersten Schritt auf ihre Güte hin untersucht werden. Dies da einerseits noch keine Gütekriterien<sup>3</sup> für neuentwickelte Skalen bestehen und andererseits diese Skala erstmals in einer Erhebung verwendet wurde.

Im Folgenden werden kurz die Schritte für die Weiterentwicklung der neuen Skalen erläutert. Das Vorgehen für jede Skala und die Resultate dazu werden beschrieben.

Einsteigend werden die Korrelationen über alle Items der zu untersuchenden Skala berechnet. Da es sich hier mehrheitlich um ordinalskalierte Daten handelt, sind dies *Rangkorrelationen nach Spearman*. Weil die Items erwartungsgemäss das Gleiche messen, z.B. in diesem Fall das Berufsethos in der Pflege, fallen die Korrelationskoeffizienten in der Regel signifikant aus. Um zu prüfen, ob die Items nun tatsächlich etwas Gemeinsames messen, kann im Anschluss eine Faktorenanalyse gerechnet werden. Zuvor muss allerdings überprüft werden, ob eine Faktorenanalyse für die untersuchte Stichprobe sinnvoll ist. Dazu wird das *Kaiser-Meyer-Olkin-Mass*<sup>4</sup> zugezogen. Akzeptabel sind Werte über 0.6 und ideal sind Werte über 0.8. Darüber hinaus wird ausserdem der *Bartlett-Test of Sphericity*<sup>5</sup> berechnet. Dieser untersucht, ob die Korrelationen der einzelnen Items in der Grundgesamtheit gleich sind, deshalb sollte, wenn der Bartlett-Test of Sphericity nicht signifikant wird, keine Faktorenanalyse gerechnet werden. Die Frage, ob nun auch die Items für eine Faktorenanalyse geeignet sind, kann mit der Berechnung der *Anti-Image-Matrix*<sup>6</sup> beantwortet werden. Für die Beurteilung gilt, wie beim *Kaiser-Meyer-Olkin-Mass*: Werte über 0.6 sind akzeptabel und Werte über 0.8 sind ideal.

Sind alle Voraussetzung gegeben, kann schliesslich eine Faktorenanalyse gerechnet wer-

---

<sup>3</sup>Die Gütekriterien quantitativer Forschung sind Objektivität, Validität und Reliabilität. „Objektivität ist definiert als Grad, in dem das Untersuchungsergebnis unabhängig ist von jeglichen Einflüssen ausserhalb der untersuchten Person.“ (Rammstedt, 2010, 240) Die Validität sagt, ob ein Instrument das misst, was es zu messen vorgibt. Die Reliabilität macht Aussagen darüber, ob ein Instrument über verschiedene Situationen hinweg konsistent interpretiert werden kann. (Field, 2009, 11)

<sup>4</sup>Das Kaiser-Meyer-Olkin-Mass macht Aussagen über das Verhältnis der quadrierten Korrelationen zwischen Variablen mit den quadrierten partiellen Korrelationen zwischen den Variablen. Der Wert kann zwischen 0 und 1 variieren. Ein Wert von 0 bedeutet, dass die Summe der partiellen Korrelationen im Vergleich zur Summe der Korrelationen sehr gross ist und die Korrelationen nicht kompakt verteilt sind. Ein Wert gegen 1 bedeutet, dass die Verteilung der Korrelationen kompakt ist und so bei der Faktorenanalyse reliable und unterschiedliche Faktoren zu erwarten sind. (Field, 2009, 788)

<sup>5</sup>Der Bartlett-Test of Sphericity untersucht, ob eine Varianz-Kovarianz-Matrix proportional zu einer Einheitsmatrix ist. Dafür wird getestet, ob die diagonalen Elemente einer Varianz-Kovarianz-Matrix gleich sind und die Elemente ausserhalb der Diagonalen möglichst gleich 0 sind. (Field, 2009, 782)

<sup>6</sup>Im Rahmen der Faktorenanalyse dient die Anti-Image-Matrix als Entscheidungshilfe, ob für alle Items die Faktorenanalyse gerechnet werden kann oder ob einzelne Items entfernt werden sollten. Das Mass zur Stichprobeneignung ist in der Diagonalen markiert. (Field, 2009, 782)

den. Im Rahmen dieser Arbeit wird eine *Hauptkomponentenanalyse*<sup>7</sup> gerechnet. Zur Entscheidung wie viele Faktoren als Lösung verwendet werden, gibt es das *Kaiser-Guttman-Kriterium*<sup>8</sup> und den *Scree-Test*<sup>9</sup>. Danach wird aus den Faktorenladungen ersichtlich, welches Item auf welchen Faktor lädt. Unproblematisch sind Werte über 0.5. Wenn einzelne Items auf mehrere Faktoren laden, wird die Interpretation erschwert. Es kann in diesem Fall eine *Promax-Rotation*<sup>10</sup> gerechnet werden. Wird die Lösung noch immer nicht eindeutiger, können – wenn dies auch aus inhaltlichen Überlegungen sinnvoll ist – die entsprechenden Items von der weiteren Analyse ausgeschlossen werden, insbesondere wenn auch *Cronbachs Alpha*<sup>11</sup> „ungenügend“ ausfällt. Inhaltlich können die verbleibenden Items eines Faktors verglichen und ein Überbegriff resp. eine Faktorbezeichnung kann nun gegeben werden.

In einem nächsten Schritt wird die Reliabilität der neugebildeten Skala überprüft. Dies geschieht anhand der Berechnung der internen Konsistenz mittels Cronbachs Alpha. Idealerweise fällt Cronbachs Alpha um 0.8 aus. Auf Itemebene wird ersichtlich, welche Items die Reliabilität negativ beeinflussen resp. Cronbachs Alpha verringern. Würde Cronbachs Alpha durch die Entfernung eines Items grösser, ist zu überlegen, das Item aus der weiteren Analyse auszuschliessen. In diesem Schritt können ausserdem nochmals die nicht eindeutigen Items der Faktorenanalyse geprüft werden.

---

<sup>7</sup>Zur Berechnung einer Faktorenanalyse wird am häufigsten die Hauptkomponentenanalyse verwendet. Einige Statistikbücher sprechen deshalb nicht von Faktoren, sondern von Hauptkomponenten. Wie in Hirsig (2006) werden auch in dieser Arbeit der Einfachheit halber die Begriffe Faktor und Komponente synonym verwendet. Die Idee bei der Hauptkomponentenanalyse ist, dass im Idealfall die Hauptkomponenten die Ausprägungen der beobachteten Variablen vollständig und ohne „Rest“-Wert erklären. Für ein detailliertes Vorgehen wird an dieser Stelle auf die einschlägige Fachliteratur verwiesen. (Hirsig, 2006; Field, 2009)

<sup>8</sup>Diese Methode basiert auf der Extraktion von Faktoren, mit welchen Eigenwerte grösser als 1 assoziiert sind. Diese Methode ist nur sinnvoll, wenn Anzahl der Variablen kleiner als 30 ist und die Kommunalitäten grösser als 0.7 sind oder wenn die Stichprobe grösser als 250 und die durchschnittliche Kommunalität grösser oder gleich 0.6 ist. (Field, 2009, 788)

<sup>9</sup>Der Scree plot ist ein Graph, der jeden Faktor in einer Faktorenanalyse auf der X-Achse gegenüber den assoziierten Eigenwerten auf der Y-Achse darstellt. Er zeigt die relative Bedeutung für jeden Faktor und hat eine charakteristische Erscheinungsweise. Die Kurve fällt ab einem gewissen Punkt stark ab und verläuft danach flach weiter. Der Flexionspunkt wird oft als Indiz für die Extraktion verwendet. Mit einer Stichprobe grösser als 200 ist dieses Kriterium für die Extraktion geeignet. (Field, 2009, 793)

<sup>10</sup>Eine Faktorenrotation soll die Interpretation der Faktoren erleichtern. Dabei werden die Eigenwerte für die erste diskriminante Funktion für ein Set von Beobachtungen variiert. Dies zeigt das Verhältnis von erklärter Varianz und unerklärter Varianz. Die Promax-Rotation zählt zu den obliquen Rotationen (eine Methode, die es den zugrundeliegenden Faktoren erlaubt, korreliert zu sein.) und ist schneller zu berechnen als die direkt oblimine Rotation. (Field, 2009, 790ff)

<sup>11</sup>Cronbachs Alpha misst die Reliabilität einer Skala.  $\alpha = \frac{N^2 \bar{Cov}}{\sum s_{item}^2 + \sum Cov_{item}}$  In der Formel reflektiert die obere Hälfte der Berechnung die quadrierte Zahl der Items multipliziert mit der durchschnittlichen Kovarianz der Items zwischen den Items darstellt. Die untere Hälfte der Formel ist die Summe aller Elemente in der Varianz-Kovarianz-Matrix. (Field, 2009, 784)

### *Weiterentwicklung der Skala zur Erfassung des Berufsethos in der Pflege*

Im Verlauf der Skalenentwicklung und während der quantitativen Erhebung wurde immer deutlicher, dass sich die Fragen zum Ideal einer guten Pflegefachperson und zu den Merkmalen des Pflegeberufs inhaltlich überlappen. Aus diesem Grund wurden einsteigend die Rangkorrelationen nach Spearman für die Items dieser beiden Fragen berechnet. Wie erwartet sind nahezu alle Korrelationskoeffizienten hochsignifikant. Einzig die Korrelationen der Items zu den finanziellen Anreizen und den Arbeitsbedingungen (inkl. Items zu Schichtarbeit, Stress, Überzeit) fallen mehrheitlich nicht signifikant aus. Dies ist jedoch nicht weiter erstaunlich, messen diese Items inhaltlich augenscheinlich etwas anderes.

Um die Annahmen weiter zu prüfen, wurde im Anschluss an die Korrelationsanalyse eine Faktorenanalyse gerechnet. Zur Überprüfung der Korrelationsmatrix und ob eine Faktorenanalyse für die untersuchte Stichprobe sinnvoll ist, wurde das „*Mass der Stichprobeneignung*“ (Kaiser-Meyer-Olkin-Mass der Stichprobeneignung) zugezogen. Das Kaiser-Meyer-Olkin-Mass der Stichprobeneignung hat einen Wert von 0.992, was wünschenswert ist (ein Wert ab 0.6 ist akzeptabel, ideal sind Werte über 0.8) und der p-Wert des Bartlett-Test of Sphericity wird mit  $p < .01$  hochsignifikant. Für die Eignung auf Itemebene wurden die Anti-Image-Matrizen berechnet und zur Entscheidung zugezogen. Für die Beurteilung der Anti-Image-Matrizen können die gleichen Beurteilungsregeln wie beim Kaiser-Meyer-Olkin-Mass angewendet werden. Idealerweise wird auch hier die Mehrheit der Werte grösser als 0.8. Die Items zur Schichtarbeit (0.784), zur Qualität der Pflege (0.678), zur Überzeit (0.773) und zum Stress (0.713) erreichen Werte grösser als 0.6 und können somit für die Analyse ebenfalls beibehalten werden. Nur das Item „*Die finanziellen Anreize spielen im Pflegeberuf keine grosse Rolle*“ (0.347) und das Item „*Die Schichtarbeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen*“ (0.589) haben einen Wert unter 0.6 und werden deshalb für die weiteren Analysen entfernt. Somit kann nach der Entfernung dieser Items eine Faktorenanalyse gerechnet werden. Es wird eine Hauptkomponentenanalyse gerechnet. Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium wird eine 10 Faktorenlösung ausgegeben, was eine sehr grosse Anzahl ist. Deshalb wird zur Entscheidung der *Scree-Test* hinzugezogen (Abbildung 9.6). Da nur die Eigenwerte von zwei Faktoren vor dem „*Knick*“ liegen, werden diese als relevant angesehen. Folglich werden lediglich diese zwei Faktoren extrahiert.

Tabelle B.1 im Anhang zeigt die Faktorenladungen für die einzelnen Items und Faktoren. Fett markiert sind die eindeutigen Faktorenladungen und rot markiert sind diejenigen Fälle, in welchen eine Variable nicht eindeutig mit einem Faktor hoch korreliert. Werte über 0.5 werden als hoch und deshalb als unproblematisch erachtet.

Eine nicht eindeutige Lösung erschwert die Interpretation, deshalb wurde eine Promax-Rotation gerechnet (da davon ausgegangen wird, dass die Faktoren nicht unabhängig sind). Doch auch dies führte zu keiner eindeutigen Lösung. Somit wurde in einem nächsten Schritt geprüft, welcher Sammelbegriff für die Faktoren verwendet werden könnte und ob die Faktorenlösung inhaltlich sinnvoll ist. Die Items laden mehrheitlich – bis auf

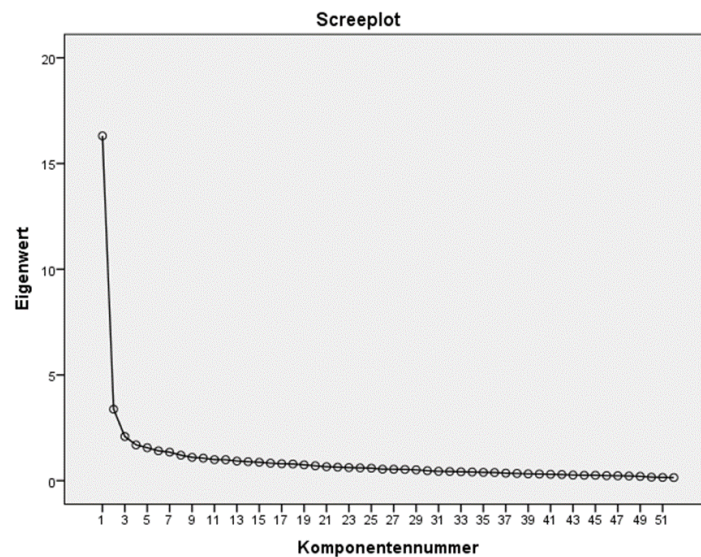


Abbildung 9.6: Scree-Test: Weiterentwicklung der Skala zur Erfassung des Berufsethos in der Pflege

die erwähnten Items – inhaltlich kongruent auf die Faktoren. Als Sammelbegriff für den ersten Faktor kann der Begriff „*Berufsethos*“ verwendet werden, da die Frage nach dem Ideal, basierend auf den Leitfadeninterviews das Berufsethos operationalisieren sollte und die Items dieses nun inhaltlich beschreiben. Diese Items werden zur *Skala zur Erfassung des Berufsethos in der Pflege* zusammengefasst. Der zweite Faktor lässt sich mit dem Begriff „*Arbeitsbelastung*“ umschreiben. Die Items des Faktors „*Arbeitsbelastung*“ sind inhaltlich den Items der Frage nach dem Berufsalltag in der Pflege zugehörig. Deshalb wird die Überprüfung und Klärung der nicht eindeutigen Faktorenladung bei der Analyse der Fragen zum Berufsalltag in der Pflege später in dieser Arbeit weitergeführt.

Diejenigen Items, die eindeutig auf den Faktor „*Arbeitsbelastung*“ laden werden in der Analyse der Fragen zum Berufsalltag weiterberücksichtigt („*Der Stress im Pflegeberuf ist hoch.*“; „*Die Schichtarbeit in der Pflege schränkt das Sozialleben ein.*“; „*Die Arbeit in der Pflege ist körperlich anstrengend*“; „*Die Arbeit in der Pflege ist psychisch belastend.*“; „*Der Stress im Berufsalltag ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.*“; „*Die Arbeitsbedingungen spielen eine wichtige Rolle, ob ich den Pflegeberuf weiterempfehlen würde.*“; „*Die Überzeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen.*“; „*Die unbefriedigende Qualität in der Pflege ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.*“).

Um nun das Problem der nicht eindeutigen Items zu lösen und die Reliabilität der postulierten Skala zur Erfassung des Berufsethos in der Pflege zu prüfen, wurde in einem nächsten Schritt die interne Konsistenz der Skala mittels Cronbachs Alpha berechnet. Diese Berechnung soll klären, welche Items entfernt werden können und gleichzeitig die

Reliabilität nicht negativ beeinflussen. Cronbachs Alpha für die Skala zur Erfassung des Berufsethos in der Pflege erreicht einen Wert von 0.953, was ideal ist.

Die Ergebnisse (Tabelle B.2 im Anhang) zu Cronbachs Alpha zeigen, wie sich Cronbachs Alpha verändern würde, wenn das entsprechende Item gelöscht würde. Rot markiert sind die Items, die bei einer Entfernung zu keiner Veränderung oder zu einer Verbesserung von Cronbachs Alpha führen würden. Zwei Items, deren Werte bei der Faktorenanalyse eindeutig dem Faktor „*Berufsethos*“ zugeordnet werden konnten, würden Cronbachs Alpha nicht verändern („*Eine Pflegefachperson muss Nächstenliebe zeigen.*“; „*Eine Pflegefachperson muss stressresistent sein.*“). Sie werden deshalb und aus inhaltlichen Überlegungen beibehalten. Die Items, die bei der Faktorenanalyse nicht eindeutig auf den Faktor „*Berufsethos*“ geladen haben und Cronbachs Alpha nicht verändern oder sogar verbessern würden, werden – auch aus inhaltlicher Überlegung – von der Skala und den weiteren Analysen ausgeschlossen („*Der Pflegeberuf bietet Entwicklungsmöglichkeiten.*“; „*In der Pflege kann man sich selber verwirklichen.*“; „*In der Pflege geht es um Teamarbeit.*“; „*Die Pflege muss auf politischer Ebene für bessere Rahmenbedingungen kämpfen.*“). Das Item „*Der Pflegeberuf ist ein hervorragender Beruf, um mit Menschen in Kontakt zu sein.*“ wurde trotz eindeutiger Faktorladung in der Faktorenanalyse, aufgrund inhaltlicher Überlegungen von der Skala entfernt. Da Cronbachs Alpha dadurch nicht beeinträchtigt wird, lässt sich dieser Schritt rechtfertigen. Die erwähnten Streichungen sind in der Tabelle rot und in fetter Schrift markiert. Die Skala zur Erfassung des Berufsethos in der Pflege umfasst schliesslich 38 Items.

### *Weiterentwicklung der Skala zum Berufsalltag in der Pflege*

Wie für die Entwicklung der Skala zur Erfassung des Berufsethos in der Pflege wurde für die Analyse der Items zur Erfassung des Berufsalltags in der Pflege ein analoges Vorgehen gewählt. Die ursprünglichen Items wurden mit den Items des Faktors „*Arbeitsbelastung*“ der vorhergehenden Faktorenanalyse ergänzt. Wie erwartet, fielen auch hier nahezu alle Produkt-Moment-Korrelationen signifikant aus. In einem nächsten Schritt wurde die Eignung für eine Faktorenanalyse mit dem Kaiser-Meyer-Olkin-Mass überprüft. Der Wert liegt mit 0.816 im idealen Bereich und der Bartlett-Test of Sphericity ist mit  $p < .01$  hochsignifikant. Die Werte der Anti-Image-Matrizen sind beinahe alle grösser als 0.6. Lediglich die Werte für die Items „*Wenn die Zeit für aktivierende Pflege fehlt, kann man einen Roboter ans Patientenbett stellen, der die pflegerische Arbeit teilweise übernimmt.*“ mit 0.594, „*Die bioethischen Prinzipien sind der Mehrheit der Pflegefachpersonen bekannt.*“ mit 0.525 und „*Ich bin toleranter gegenüber anderen Berufsgruppen im Spital als bei meinem Einstieg in den Pflegeberuf.*“ mit 0.584 haben niedrigere Werte und werden deshalb aus den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Auch hier wird eine Hauptkomponentenanalyse gerechnet. Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium wird eine 18 Faktorenlösung ausgegeben. Deshalb wird zur Entscheidung der *Scree-Test* hinzugezogen (Abbildung 9.7). Nur von zwei Faktoren liegen die Eigenwerte vor dem „*Knick*“. Für diese Analyse werden deshalb zwei Faktoren extrahiert.

Tabelle B.3 im Anhang weist die Faktorenladungen für die einzelnen Items aus. Fett

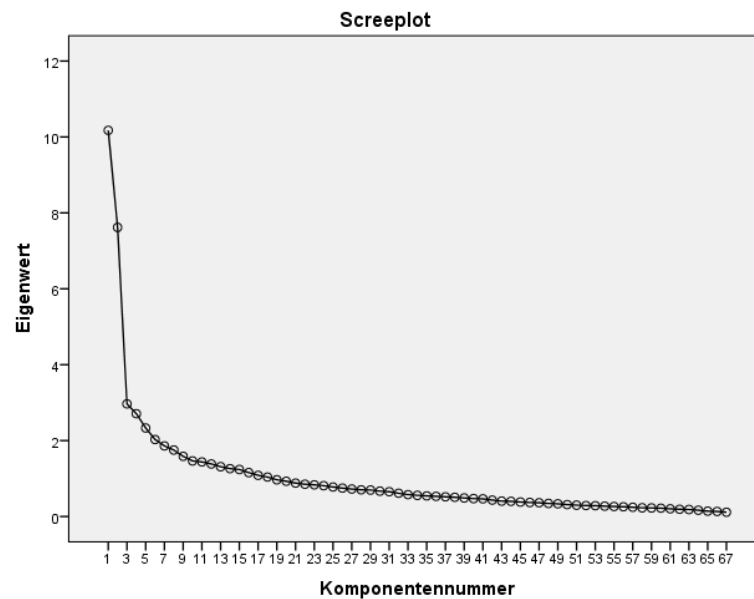


Abbildung 9.7: Scree-Test: Weiterentwicklung der Skala zum Berufsalltag in der Pflege

markiert sind die eindeutigen Faktorenladungen und rot markiert sind diejenigen Fälle, in welchen eine Variable nicht eindeutig mit einem Faktor hoch korreliert. Werte über 0.5 werden als hoch erachtet und sind deshalb unproblematisch. Items mit Faktorenladungen kleiner als 0.2 auf beiden Faktoren („Die Zusammenarbeit mit meinen direkten Vorgesetzten erlebe ich als schwierig.“; „Die FaGes verfügen über ein solides Fachwissen in der Pflege.“; „Meine Einstellung zu meinem Beruf hat sich verändert, seit ich angefangen habe.“) werden entfernt (in Tabelle B.3 im Anhang in grün markiert). Zur Klärung der nicht eindeutigen Lösungen, wurde aufgrund der angenommenen Abhängigkeit der Faktoren eine Promax-Rotation gerechnet. Da wie erwartet, die Lösung uneindeutig blieb, wurden diejenigen Items, die ähnlich hoch auf beide Faktoren laden, entfernt, da sie inhaltlich entweder nicht passend waren („Wegen der Rivalität zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen würde ich den Pflegeberuf nicht weiterempfehlen.“; „Mit Humor bei der Arbeit geht vieles leichter.“) oder beiden Faktoren zugeordnet („Ich sehe ein Problem in der Professionalisierung der Pflege.“; „Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) fehlt die Praxiserfahrung.“; „Die Zusammenarbeit mit dem Management erlebe ich als schwierig.“; „Das Management erkennt die Breite der pflegerischen Aufgaben nicht.“) werden können (siehe Tabelle B.3 im Anhang in blau markiert).

In einem nächsten Schritt wurde für beide Faktoren ein Sammelbegriff definiert. Die Items des ersten Faktors umschreiben den Arbeitsalltag in der Pflege. Somit ist der Sammelbegriff für den ersten Faktor „Arbeitsalltag in der Pflege“. Der zweite Faktor wird mit dem Begriff „Veränderungen im Pflegeberuf“ bezeichnet.

## 9 Quantitative Erhebung zur Bestätigung der Hypothesen

Um nun die verbleibenden nicht eindeutigen Items weiter zu analysieren und die Reliabilität der postulierten Skalen „*Arbeitsalltag in der Pflege*“ und „*Veränderungen im Pflegeberuf*“ zu überprüfen, wurde Cronbachs Alpha berechnet (siehe Tabellen B.4 und B.5 im Anhang).

Cronbachs Alpha für die Skala „*Arbeitsalltag in der Pflege*“ erreicht einen Wert von 0.908. Cronbachs Alpha kann erhöht werden, wenn die Items „*Die Hierarchien innerhalb der Pflege erschweren die Teamarbeit*“ und „*Zwischen der Pflege und den Ärzten besteht eine gewisse Rivalität*“ gelöscht werden würden (siehe Tabelle B.4). Da die Items auch inhaltlich nicht eindeutig formuliert sind, werden sie für die weiteren Analysen ausgeschlossen. Ebenfalls nicht eindeutig formuliert ist das Item „*Die Arbeitsbedingungen spielen eine wichtige Rolle, ob ich den Pflegeberuf weiterempfehlen würde*“. Da durch die Entfernung Cronbachs Alpha nicht reduziert würde, wird es ebenfalls nicht weiter berücksichtigt. Die Skala setzt sich abschliessend aus 25 Items zusammen.

Für die Skala „*Veränderungen im Pflegeberuf*“ ist Cronbachs Alpha 0.841 (Tabelle B.5 im Anhang). Da Cronbachs Alpha gleichbleiben („*Pflegende, die in alten Rollen der Pflege denken, erschweren die Zusammenarbeit.*“) oder sich verbessern („*Das Gesundheitswesen wird immer teurer, aber es wird immer schwieriger, gute Pflege zu leisten.*“; „*Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) entwickeln viele Hilfsmittel für die Pflege, die nicht praxistauglich sind.*“) – Cronbachs Alpha würde 0.853 resp. 0.860 – würde, werden diese Items aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. Die Skala „*Veränderungen im Pflegeberuf*“ umfasst abschliessend 20 Items.

### *Weiterentwicklung der Skala zufriedenheitsauslösende Situationen im Pflegeberuf*

In einem ersten Schritt wurden Rangkorrelationen nach Spearman für die Items der Frage zu den zufriedenheitsauslösenden Situationen im Pflegeberuf berechnet. Die Korrelationen waren alle hochsignifikant. Wie schon in den beiden vorhergehenden Skalenweiterentwicklungen wurde auch hier in einem nächsten Schritt eine Faktorenanalyse durchgeführt. Im Vorfeld dazu wurde das Kaiser-Meyer-Olkin-Mass konsultiert. Mit einem Wert von 0.922 und einem signifikanten p-Wert von  $p < .01$  sind die Daten für eine Faktorenanalyse geeignet. Da auch alle Anti-Image-Matrizen grösser als 0.863 ausfallen, können alle Items für die weitere Analyse beibehalten werden.

Die Hauptkomponentenanalyse gibt nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium eine vier Faktorenlösung aus. Der „*Scree-Test*“ zeigt an, dass nur zwei Faktoren für die Analyse relevant sind. Für die Analyse wird die zwei Faktorenlösung gewählt. Tabelle B.6 im Anhang zeigt die Faktorenladungen für die einzelnen Items und Faktoren. Fett gekennzeichnet sind die eindeutigen Faktorenladungen und rot sind die Fälle dargestellt, in welchen eine Variable nicht eindeutig mit einem Faktor hoch korreliert. Werte über 0.5 werden als hoch und deshalb als unproblematisch erachtet.

Bis auf ein Item laden alle Items eindeutig auf den ersten Faktor. Für eine eindeutigere Lösung wurde deshalb eine Promax-Rotation gerechnet, doch dadurch wurde die Lö-

sung noch unklarer. Darum wurde die ursprüngliche Lösung beibehalten. Das Item „*Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine bessere Bezahlung erhalte*“ lädt nicht hoch genug auf den ersten Faktor und wird deshalb aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. Als Sammelbegriff für den ersten Faktor wird der Begriff „*Zufriedenheitsauslösende Situationen im Pflegeberuf*“ gewählt. Die zweite Komponente ist für die weiteren Analysen nicht weiter von Interesse und wird deshalb nicht weitergeführt.

Die Reliabilität der beschriebenen Skala wird nun in einem weiteren Schritt auf ihre interne Konsistenz mittels Cronbachs Alpha überprüft. Cronbachs Alpha wird 0.928. Tabelle B.7 im Anhang zeigt, wie sich Cronbachs Alpha bei Entfernung des Items verändert. Da eine Entfernung der Items jedoch zu einer Verschlechterung von Cronbachs Alpha führen würde, wird die Skala unverändert beibehalten. Die Skala umfasst abschliessend 22 Items.

### 9.2.2 Resultate zu den Haupthypothesen

*Einstiegende Bemerkung:* Die Tests zu Stichprobenunterschieden (gilt für Hypothesen H.1, H.7, H.14 und H.18a) wurden nach der Weiterentwicklung der Skalen als erste Analysen durchgeführt, da diese Resultate bedingen, ob die Unterschiede bei der Hypothesentestung berücksichtigt werden müssen oder ob sich die Gruppen nicht unterscheiden. Die Hypothesen werden in diesem Kapitel allerdings in der Reihenfolge präsentiert, wie sie aus den theoretischen Grundlagen abgeleitet worden sind.

#### **Berufliche Identität**

- Hypothese H.3: Die berufliche Identität korreliert positiv mit dem Berufsethos von Pflegefachpersonen.

Zur Untersuchung von Hypothese H.3 wurden, da beide untersuchten Variablen ordinalskaliert sind<sup>12</sup>, Rangkorrelationen nach Spearman einerseits auf Skalenebene „*Berufsethos*“ und andererseits auf Itemebene berechnet. Wenn nicht anders erwähnt, werden in dieser Arbeit ausschliesslich Rangkorrelationen nach Spearman gerechnet. Hypothese H.3 konnte bestätigt werden. Die Spearman-Korrelationen zwischen der beruflichen Identität und dem Berufsethos in der Pflege sind, sowohl auf Skalenebene als auch auf Itemebene, auf dem 0.01-Niveau signifikant (Tabelle B.8 im Anhang). Dies bedeutet, dass je höher die Ausprägungen für die berufliche Identität sind, desto höher fallen die Ausprägungen im Berufsethos aus.

- Hypothese H.5.a: Die berufliche Identität korreliert positiv mit der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit.
- Hypothese H.5.b: Die berufliche Identität korreliert negativ mit der konstruktiven sowie der fixierten Arbeitsunzufriedenheit und mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.

---

<sup>12</sup>Rasch, Frieze, Hofmann & Naumann, 2010



Hypothese H.5.a konnte bestätigt werden. Je höher die Ausprägungen der beruflichen Identität, desto höher sind auch die Ausprägungen der progressiven ( $r = .419, p < .01$ ) und stabilisierten Arbeitszufriedenheit ( $r = .159, p < .01$ ). Hypothese H.5.b wurde teilweise bestätigt. Die berufliche Identität korreliert signifikant negativ mit der konstruktiven Arbeitsunzufriedenheit ( $r = -.151, p < .05$ ) und mit der fixierten Arbeitsunzufriedenheit ( $r = -.135, p < .05$ ) jedoch nicht signifikant mit der resignativen Arbeitszufriedenheit ( $r = -.015, p < .809$ ). Die Ergebnisse für die Hypothesen H.5.a und H.5.b sind in Tabelle B.9 im Anhang dargestellt.

- Hypothese H.8: Die berufliche Identität korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.

Hypothese H.8 konnte ebenfalls mehrheitlich bestätigt werden. Bis auf die Wahrscheinlichkeit, eine annehmbare Alternative zur jetzigen Stelle zu finden, korreliert die berufliche Identität mit den Stufen der Kündigungsabsicht nach Mobley. Je höher die Ausprägung der beruflichen Identität, desto geringer fallen die Ausprägungen bei den Phasen der Kündigungsabsicht aus: Denken an eine Kündigung ( $r = -.292, p < .01$ ), Wahrscheinlichkeit, im kommenden halben Jahr eine neue Stelle zu suchen ( $r = -.176, p < .01$ ) und Wahrscheinlichkeit, im nächsten halben Jahr die Stelle zu kündigen ( $r = -.195, p < .01$ ) (Ergebnisse siehe Tabelle B.10 im Anhang).

### **Berufsethos**

- Hypothese H.9.a: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit.

Hypothese H.9.a konnte für die progressive Arbeitszufriedenheit, jedoch nicht für die stabilisierte Arbeitszufriedenheit bestätigt werden. Auf Skalenebene korreliert die progressive Arbeitszufriedenheit signifikant positiv mit dem Berufsethos von Pflegefachpersonen ( $r = .187, p < .01$ ). Die Spearman-Korrelationen werden für die stabilisierte Arbeitszufriedenheit weder auf Skalenebene noch auf Itemebene signifikant. Die Ergebnisse auf Itemebene für die progressive und die stabilisierte Arbeitszufriedenheit sind in Tabelle B.11 im Anhang dargestellt.

- Hypothese H.9.b: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.

Hypothese H.9.b konnte nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse werden deshalb im Anhang nicht tabellarisch dargestellt. Die konstruktive und fixierte Arbeitsunzufriedenheit und die resignative Arbeitszufriedenheit korrelieren nicht signifikant mit dem Berufsethos von Pflegefachpersonen. Auf Itemebene korrelieren die konstruktive und fixierte Arbeitsunzufriedenheit signifikant negativ mit dem Item „Der Pflegeberuf ist abwechslungsreich.“ ( $r = -.162, p < .01$  resp.  $r = -.150, p < .05$ ), die konstruktive Arbeitszufriedenheit signifikant negativ mit dem Item „Eine Pflegefachperson hat eine Verantwortung den Patienten und Patientinnen gegenüber.“ ( $r = -.138, p < .05$ ) und die resignative Arbeitsunzufriedenheit signifikant negativ mit dem Item „Eine Pflegefachperson braucht gute

*Kommunikationsfertigkeiten.*“ ( $r = -.137, p < .05$ ). Die fixierte Arbeitsunzufriedenheit korreliert signifikant negativ mit den Items „Eine Pflegefachperson berücksichtigt die Patientenbedürfnisse.“ ( $r = -.120, p < .05$ ) und „Eine Pflegefachperson muss individuell auf die Patientin resp. den Patienten eingehen.“ ( $r = -.130, p < .05$ ).

- Hypothese H.10: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.

Hypothese H.10 konnte nicht bestätigt werden. Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert auf Skalenniveau nicht signifikant mit den verschiedenen Phasen der Kündigungsabsicht nach Mobley. Auf der Ebene der Items korrelieren einzelne Items signifikant mit den Phasen der Kündigungsabsicht. Diese Ergebnisse sind in Tabelle B.12 im Anhang dargestellt.

### **Formen der Arbeitszufriedenheit**

- Hypothese H.12: Die stabilisierte und progressive Arbeitszufriedenheit korrelieren negativ mit der Kündigungsabsicht. Die konstruktive und die fixierte Arbeitsunzufriedenheit sowie die resignative Arbeitszufriedenheit korrelieren positiv mit der Kündigungsabsicht.

Hypothese H.12 kann man als bestätigt betrachten (Tabelle B.13 im Anhang). Die stabilisierte und progressive Arbeitszufriedenheit korrelieren signifikant negativ mit allen Phasen der Kündigungsabsicht. Das bedeutet, dass je höher die Ausprägungen in der stabilisierten und progressiven Arbeitszufriedenheit sind, desto geringer sind die Ausprägungen für die Wahrscheinlichkeit, dass die Pflegefachpersonen an eine Kündigung denken, eine annehmbare Alternative zur jetzigen Stelle finden, im kommenden halben Jahr eine Stelle suchen oder ihre Stelle kündigen.

Die konstruktive und die fixierte Arbeitsunzufriedenheit sowie die resignative Arbeitszufriedenheit korrelieren signifikant positiv mit den Phasen der Kündigungsabsicht. Die fixierte Arbeitsunzufriedenheit und die resignative Arbeitszufriedenheit korrelieren jedoch nicht signifikant mit der Wahrscheinlichkeit eine annehmbare Alternative zur jetzigen Stelle zu finden.

### 9.2.3 Ergebnisse zu den Nebenhypothesen

#### **Berufliche Identität**

- Hypothese H.1: Die untersuchten Altersgruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausprägung der beruflichen Identität.

Zur Testung von Hypothese H.1 wurde eine einfaktorielle ANOVA nach Kruskal-Wallis gerechnet. Die Hypothese konnte nicht bestätigt werden. Somit muss die Nullhypothese „Die Verteilung von beruflicher Identität ist über die Kategorie Alter identisch“ beibehalten werden (Tabelle B.16 im Anhang).

## 9 Quantitative Erhebung zur Bestätigung der Hypothesen

- Hypothese H.2: Der Zusammenhang von beruflicher Identität und Kündigungsabsicht wird von der Variable Alter moderiert.

In einem ersten Schritt wurden die Mittelwerte des Moderators Alter und der unabhängigen Variablen „Berufliche Identität“ zentriert. Anschliessend wurde eine multiple Regression gerechnet. Abhängige Variablen waren die erhobenen Phasen im Kündigungsprozess nach Mobley (Denken an Kündigung, Wahrscheinlichkeit eine annehmbare Stelle zu finden, Wahrscheinlichkeit im nächsten halben Jahr eine neue Stelle zu suchen sowie die Wahrscheinlichkeit im nächsten halben Jahr die Stelle zu kündigen).

Der Zusammenhang von beruflicher Identität und Denken an eine Kündigung ( $\beta = -.252, p < .01$ ) und der Zusammenhang von Alter und dem Denken an eine Kündigung ( $\beta = -.140, p < .05$ ) werden negativ signifikant. Die Interaktion von Alter und beruflicher Identität wird nicht signifikant ( $\beta = -.034, p > .05$ ). Somit besteht kein Moderatoreffekt für den Zusammenhang von beruflicher Identität und der ersten Phase im Modell von Mobley durch das Alter.

Für den Zusammenhang von beruflicher Identität und der Wahrscheinlichkeit eine annehmbare Alternative zur gegenwärtigen Stelle zu finden konnte der Moderatoreffekt bestätigt werden. Der Zusammenhang von beruflicher Identität und der Wahrscheinlichkeit eine annehmbare Alternative zu finden wird nicht signifikant ( $\beta = -.034, p > .05$ ). Hingegen der Zusammenhang von Alter und Wahrscheinlichkeit eine annehmbare Alternative zu finden wird signifikant ( $\beta = -.245, p < .01$ ) ebenso wie die Interaktion von Alter und beruflicher Identität ( $\beta = -.124, p < .05$ ).

Für die beiden letzten Modellphasen konnte wiederum kein Moderatoreffekt gefunden werden. Der Zusammenhang von beruflicher Identität und der Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr eine neue Stelle zu suchen ( $\beta = -.146, p < .05$ ) und im kommenden halben Jahr zu kündigen ( $\beta = -.183, p < .01$ ) wird signifikant. Auch die Interaktion von Alter und der Wahrscheinlichkeit im nächsten halben Jahr eine neue Stelle zu suchen wird signifikant ( $\beta = -.143, p < .05$ ), jedoch nicht die Interaktion von Alter und der Wahrscheinlichkeit die Stelle im nächsten halben Jahr zu kündigen ( $\beta = -.111, p > .05$ ). Die beiden untersuchten Interaktionen werden nicht signifikant (Wahrscheinlichkeit im nächsten halben Jahr eine neue Stelle zu suchen: Interaktion von Alter und beruflicher Identität:  $\beta = -.089, p > .05$ ; Wahrscheinlichkeit im nächsten halben Jahr zu kündigen: Interaktion von Alter und beruflicher Identität:  $\beta = -.062, p > .05$ ).

Der in Hypothese H.2 postulierte Moderatoreffekt des Alters auf den Zusammenhang von beruflicher Identität und die Kündigungsabsicht konnte nur für die Phase „Wahrscheinlichkeit eine angemessene Alternative zu finden“ gefunden werden.

- Hypothese H.4: Die berufliche Identität korreliert mit den Aussagen zum Berufsalltag in der Pflege.

Die Skala zum Arbeitsalltag in der Pflege korreliert nur teilweise mit der beruflichen Identität (Tabelle B.14 im Anhang). Nur die Items zum Zeitdruck, zur Machbarkeit in

der Medizin, zur Ökonomisierung im Gesundheitswesen, zum Einfluss der steigenden Kosten, zur Strukturanpassung und zur psychischen Belastung im Pflegeberuf korrelieren signifikant positiv mit der beruflichen Identität. Die Hypothese H.4 konnte somit nur teilweise bestätigt werden.

Da die Skala zum Berufsalltag in der Pflege in der Skalenentwicklung auf zwei Skalen verteilt wurde, werden in Tabelle B.15 ebenfalls die Ergebnisse zu den Veränderungen im Pflegeberuf dargestellt. Die berufliche Identität korreliert signifikant positiv mit allen Aussagen zu den Veränderungen im Pflegeberuf (Korrelationen nach Spearman in Tabelle B.15 im Anhang).

- Hypothese H.6: Die berufliche Identität korreliert positiv mit den zufriedenheitsauslösenden Situationen.

Hypothese H.6 konnte für alle zufriedenheitsauslösenden Situationen ausser für die Items *„Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Teamarbeit reibungslos funktioniert“*, *„Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Balance zwischen Beruf und Privatleben finde.“* und *„Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich mich von meinen Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen akzeptiert fühle.“* (siehe Tabelle B.18 im Anhang kursiv markiert) bestätigt werden. Somit geht eine höhere berufliche Identität mit höheren Werten in zufriedenheitsauslösenden Situationen einher.

- Hypothese H.7: Die befragten Pflegefachpersonen unterscheiden sich in Bezug auf ihr Geschlecht in der beruflichen Identität.

Für den Vergleich der beiden Stichproben (männliche und weibliche Pflegefachpersonen) wurde, da die Daten ordinalskaliert sind, der Mann-Whitney-U-Test für unabhängige Stichproben angewendet. Hinsichtlich des Geschlechts bestehen keine signifikanten Unterschiede in der beruflichen Identität. Hypothese H.7 konnte somit nicht bestätigt werden (Tabelle B.17 im Anhang). Diese Resultate erlauben, dass die Gruppen männliche und weibliche Pflegefachpersonen zusammengefasst werden und für die Testung der Hypothesen nicht hinsichtlich des Geschlechts unterschieden werden muss.

### **Berufsethos**

- Hypothese H.11: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit dem Alter.

Die Rangkorrelationen für Hypothese H.11 werden auf Skalenebene und auf Itemebene nicht signifikant. Somit konnte der postulierte positive Zusammenhang von Alter und Berufsethos der Pflegefachpersonen nicht bestätigt werden. Einzig drei Items korrelieren signifikant mit dem Alter: *„Eine Pflegefachperson braucht psychologisches Wissen.“* ( $r = .130, p < .05$ ); *„Eine Pflegefachperson muss geduldig sein.“* ( $r = -.194, p < .01$ ) und *„Eine Pflegefachperson möchte etwas im Pflegeberuf bewegen.“* ( $r = .139, p < .05$ ).

### **Formen der Arbeitszufriedenheit**

- Hypothese H.13.a: Die Aussagen zum Arbeitsalltag in der Pflege korrelieren mit

den Formen der Arbeitszufriedenheit.

Hypothese H.13.a konnte überwiegend bestätigt werden (Tabelle B.19 im Anhang). Die Rangkorrelationen nach Spearman zwischen den Formen der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann et al. (1975) und den Items der Skala zum Arbeitsalltag in der Pflege fallen überwiegend signifikant aus. Interessant ist, dass die Items zum Thema Stress bei der Arbeit mit allen Formen der Arbeitszufriedenheit in erwarteter Richtung korrelieren. So fallen bei höherer Ausprägung in der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit die Werte für die Items zu stressige Situationen, Belastungen und Zeitdruck weniger hoch aus als von Pflegefachpersonen mit höheren Ausprägungen in der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit oder in der resignativen Arbeitszufriedenheit. Die entsprechenden Ergebnisse sind in Tabelle B.19 (im Anhang) fett gekennzeichnet.

Auch für die Skala „*Veränderungen im Pflegeberuf*“ werden die Korrelationen überwiegend signifikant. Insbesondere die Rangkorrelationen für die progressive Arbeitszufriedenheit und die Aussagen zum Pflegeberuf werden bis auf ein Item (in Tabelle B.20 im Anhang kursiv markiert) alle positiv signifikant. Das Item „*Ich würde den Pflegeberuf wieder als Beruf ergreifen*“ korreliert positiv signifikant mit der progressiven ( $r = .441, p < .01$ ) und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit ( $r = .193, p < .01$ ) und negativ signifikant mit der konstruktiven ( $r = -.340, p < .01$ ) und der fixierten ( $r = -.273, p < .01$ ) Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit ( $r = -.156, p < .05$ ). Auf die weiteren Ergebnisse soll an dieser Stelle nicht im Detail eingegangen werden. Diese Resultate werden im Diskussionsteil auf übergeordneter Ebene besprochen.

- Hypothese H.13.b: Die Situationen, die im Arbeitsalltag Zufriedenheit auslösen, korrelieren positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korrelieren negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.

Hypothese H.13.b konnte nur für einzelne Items bestätigt werden (Tabelle B.21 im Anhang). Die progressive Arbeitszufriedenheit korreliert im Vergleich zu den anderen Arbeitszufriedenheitsformen mit den meisten Situationen signifikant positiv. Die Befragten Pflegefachpersonen mit hohen Werten in der progressiven Arbeitszufriedenheit empfinden eher Zufriedenheit im Umgang mit Menschen ( $r = .210, p < .01$ ), wenn das Resultat der pflegerischen Handlung sichtbar ist ( $r = .167, p < .01$ ), wenn sich die Patienten resp. der Patient verstanden ( $r = .156, p < .05$ ) und ernstgenommen fühlt ( $r = .173, p < .01$ ), wenn die Patientin resp. der Patient mit einem Problem kommen kann ( $r = .159, p < .01$ ) und bei der Behandlung mitmacht ( $r = .123, p < .05$ ), wenn die Tätigkeit sinnhaft ( $r = .127, p < .01$ ) und menschlich ( $r = .181, p < .01$ ) ist, wenn es im Beruf Herausforderungen ( $r = .189, p < .01$ ) gibt und wenn die Zusammenarbeit mit den verschiedenen Disziplinen funktioniert ( $r = .180, p < .01$ ).

Die stabilisierte Arbeitszufriedenheit korreliert nur mit der menschlichen Arbeit ( $r = .149, p < .05$ ) signifikant positiv. Die konstruktive Arbeitsunzufriedenheit korreliert si-

signifikant negativ mit dem Umgang mit Menschen ( $r = -.128, p < .05$ ) und den Herausforderungen ( $r = -.141, p < .05$ ) sowie positiv signifikant mit der Akzeptanz von Arbeitskolleginnen und -kollegen ( $r = .140, p < .05$ ).

Mit den Situationen, wenn eine Patientensituation verbessert werden kann ( $r = -.129, p < .05$ ), wenn sich die Patientin resp. der Patient verstanden ( $r = -.120, p < .05$ ) und ernstgenommen fühlt ( $r = -.125, p < .05$ ) korreliert die fixierte Arbeitsunzufriedenheit signifikant negativ.

Schlussendlich korreliert die resignative Arbeitszufriedenheit wider Erwarten signifikant positiv mit Situationen, wenn sich die Befragten von den Arbeitskolleginnen und -kollegen akzeptiert fühlen ( $r = .122, p < .05$ ) und wenn die Arbeit in der vorgegebenen Zeit erledigt werden kann ( $r = .161, p < .01$ ).

- Hypothese H.14.a: Das Alter korreliert positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.

Hypothese H.14.a konnte überwiegend bestätigt werden. Die Rangkorrelationen nach Spearman werden für alle Arbeitszufriedenheitsformen in postulierter Richtung signifikant. Einzige Ausnahme ist die resignative Arbeitszufriedenheit, die zwar wie erwartet negativ mit dem Alter korreliert ( $r = -.117$ ), aber dies nicht signifikant. Mit zunehmendem Alter fallen die Werte in der progressiven ( $r = .151, p < .05$ ) und stabilisierten ( $r = .178, p < .01$ ) Arbeitszufriedenheit höher aus. Jüngere Pflegende haben eher höhere Ausprägungen in der konstruktiven ( $r = -.175, p < .01$ ) und fixierten ( $r = -.177, p < .01$ ) Arbeitsunzufriedenheit.

- Hypothese H.14.b: Der Ausbildungsgrad korreliert positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.

Hypothese H.14.b konnte nicht bestätigt werden. Die progressive ( $r = -.186, p < .01$ ) und die stabilisierte ( $r = -.149, p < .05$ ) Arbeitszufriedenheit korrelieren signifikant negativ mit dem Ausbildungsgrad (Tabelle B.22 im Anhang). Das bedeutet, je höher der Ausbildungsgrad ist, desto niedriger die Werte in der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit. Die weiteren Formen der Arbeitszufriedenheit korrelieren nicht signifikant mit dem Ausbildungsgrad.

- Hypothese H.14.c: Die befragten Pflegefachpersonen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Geschlechts bezüglich der Formen der Arbeitszufriedenheit.

Einerseits korreliert die Variable Geschlecht nicht signifikant mit den Formen der Arbeitszufriedenheit und andererseits unterscheiden sich männliche und weibliche Pflegefachpersonen in Bezug auf die Arbeitszufriedenheitsformen nicht. Tabelle B.23 im Anhang zeigt die Ergebnisse der Hypothesentests nach Mann-Whitney-U. Hypothese H.14.c kann folgedessen nicht bestätigt werden.

## 9 Quantitative Erhebung zur Bestätigung der Hypothesen

- Hypothese H.14.d: Der Beschäftigungsgrad korreliert negativ mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert positiv mit der konstruktiven, fixierten Arbeitsunzufriedenheit und der resignativen Arbeitszufriedenheit.

Hypothese H.14.d konnte nur teilweise bestätigt werden. Die fixierte ( $r = -.057$ ;  $p < .335$ ) und die stabilisierte ( $r = -.006$ ;  $p < .925$ ) Arbeitsunzufriedenheit sowie resignative Arbeitszufriedenheit ( $r = -.025$ ;  $p < .686$ ) korrelieren zwar in postulierter Richtung mit dem Beschäftigungsgrad, dies jedoch nicht signifikant. Die progressive Arbeitszufriedenheit korreliert signifikant positiv mit dem Beschäftigungsgrad ( $r = .226$ ;  $p < .01$ ). Das bedeutet, je höher der Beschäftigungsgrad ist, desto höher ist die Ausprägung in der progressiven Arbeitszufriedenheit. Ebenfalls signifikant wird die Rangkorrelation für den Beschäftigungsgrad und die konstruktive Arbeitsunzufriedenheit. Sie ist aber, wie erwartet, negativ ( $r = -.144$ ;  $p < .05$ ).

### **Kündigungsabsicht**

- Hypothese H.15: Aussagen zum Berufsalltag in der Pflege korrelieren mit der Kündigungsabsicht.

Hypothese H.15 konnte teilweise bestätigt werden. „Denken an eine Kündigung“ korreliert mit den meisten Items zum Berufsalltag in der Pflege signifikant positiv, unter anderem mit dem Items zum Zeitdruck in der Pflegearbeit, der wachsenden Arbeitsbelastung, dem Personalmangel und dem hohen administrativen Aufwand. Kein Item der Skala zum Berufsalltag in der Pflege korreliert mit „Wie wahrscheinlich ist es für Sie, eine annehmbare Alternative zu Ihrer jetzigen Stelle zu finden?“. Tabelle B.24 im Anhang zeigt die signifikanten Ergebnisse für die anderen beiden Phasen der Kündigungsabsicht.

Die Korrelationen zwischen den Phasen der Kündigungsabsicht und den Items der Skala zu den Veränderungen des Berufsalltags werden hauptsächlich für die erste Phase „Denken an eine Kündigung“ signifikant. Mit der Phase „Wie wahrscheinlich ist es für Sie, eine annehmbare Alternative zu Ihrer jetzigen Stelle zu finden?“ korreliert nur das Item „Ich würde mich gerne auf einem Fachgebiet stärker spezialisieren.“ signifikant positiv ( $r = .124$ ,  $p < .05$ ). Die Items „Die Pflege hat ein grösseres Mitspracherecht in der Patientenbehandlung.“, „Der Pflegeberuf hat an Vielschichtigkeit gewonnen.“ und „Ich würde den Pflegeberuf wieder als Beruf ergreifen.“ korrelieren mit Ausnahme der zweiten Phase mit allen Phasen der Kündigungsabsicht signifikant negativ (Tabelle B.25 im Anhang).

- Hypothese H.16: Das Alter korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.

Hypothese H.16 konnte bestätigt werden. Das Alter korreliert mit allen Phasen der Kündigungsabsicht nach Mobley signifikant negativ (Tabelle B.26 im Anhang). Das bedeutet, dass mit zunehmendem Alter die Werte in der Kündigungsabsicht geringer ausfallen.

- Hypothese H.17: Die Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen korreliert positiv

mit dem Ausbildungsgrad.

Hypothese H.17 konnte nur für die Phase „*Wahrscheinlichkeit eine annehmbare Alternative zur jetzigen Stelle zu finden*“ bestätigt werden (siehe Tabelle B.27 im Anhang). Mit höherem Ausbildungsgrad wird auch die Wahrscheinlichkeit eine gute Alternative zur gegenwärtigen Stelle zu finden höher eingeschätzt ( $r = .148$ ,  $p < .05$ ).

- Hypothese H.18.a: Männliche und weibliche Pflegefachpersonen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Kündigungsabsicht.

Hypothese H.18.a konnte nur teilweise bestätigt werden. Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Pflegefachpersonen bestehen nur hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr die Stelle zu kündigen. In den anderen vier Phasen der Kündigungsabsicht nach Mobley werden die Unterschiede nach dem Mann-Whitney-U-Test nicht signifikant (Tabelle B.28 im Anhang).

- Hypothese H.18.b: Die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit, eine gute Alternative zu finden, korreliert positiv mit der Kündigungsabsicht.

Hypothese H.18.b konnte bestätigt werden (Tabelle B.29 im Anhang). Alle Phasen der Kündigungsabsicht nach Mobley korrelieren miteinander signifikant positiv.

- Hypothese H.18.c: Die Korrelation zwischen der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit eine gute Alternative zu finden und der Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr eine neue Stelle zu suchen und der Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr die Stelle zu kündigen wird moderiert durch das Alter.

Wie in Hypothese H.2 wurden auch hier, für die Untersuchung des Moderatoreffekts, in einem ersten Schritt die Mittelwerte des Moderators Alter und der unabhängigen Variablen Wahrscheinlichkeit eine annehmbare Alternative zur gegenwärtigen Stelle zu finden zentriert. Anschliessend wurde eine multiple Regression gerechnet. Abhängige Variablen waren die Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr eine neue Stelle zu suchen und die Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr eine neue Stelle zu suchen. Der Zusammenhang von Wahrscheinlichkeit eine annehmbare Alternative und Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr eine neue Stelle zu suchen ( $\beta = .405$ ,  $p < .01$ ) wird signifikant positiv. Der Zusammenhang von Alter und Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr zu kündigen ( $\beta = -.035$ ,  $p > .05$ ) und die Interaktion von Alter und Wahrscheinlichkeit eine annehmbare Alternative zu finden ( $\beta = -.036$ ,  $p > .05$ ) werden nicht signifikant. Für beide untersuchten Zusammenhänge konnte kein Moderatoreffekt gefunden werden. Hypothese H.18.c ist somit nicht bestätigt.





# 10

## Diskussion

Zu Beginn dieser Arbeit wurde die Theorie von Luhmann skizziert. Luhmann schreibt, dass in ökonomisierten Gesellschaften Rollenkompetenzen für Berufe immer wichtiger werden. Diese Entwicklung führt dazu, dass es für das Individuum immer schwieriger wird, die berufliche Identität zu benennen – dies auch, weil der Mensch in der heutigen Zeit multiple Identitäten hat. Gleichzeitig wandelt sich der Stellenwert des Berufsethos in der Arbeitswelt. Abhängig von der Ausgestaltung des Gesellschaftssystems verändert sich auch die Vorstellung des Helfens in einer Gesellschaft, was speziell helfende Berufe wie den Pflegeberuf betrifft. In der modernen Gesellschaft, wie wir sie heute kennen, bedeutet das für das Helfen: Heute gibt es nur noch eine Gesellschaft, nämlich die Weltgesellschaft und diese hat sich als *„System der Geldwirtschaft ausdifferenziert und hat gesellschaftlich fundierte Institutionen des Helfens verdrängt. Geld ist das effektivere funktionale Äquivalent für Hilfe und Dankbarkeit.“*<sup>1</sup>

Diese Entwicklung veränderte die Vorstellung des Helfens und damit das Verständnis von Gesundheit und der Umgang mit kranken Menschen in der Gesellschaft. Im einleitenden Teil dieser Arbeit zur historischen Entwicklung des Pflegeberufs wurde deutlich, dass das vorherrschende Welt- resp. Menschenbild den Umgang mit den Kranken bestimmt. In der Vergangenheit wurde Krankheit abwechselnd als selbstverschuldet oder als schutzbedürftig gesehen. Im Zentrum stand jedoch immer die Schuldfrage. Wie sieht das heute aus? Im folgenden Zitat wird die Antwort auf diese Frage dargelegt und die gegenwärtige Definition von Krankheit kritisch betrachtet:

*„Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat unser Gesundheitszeitalter 1946 mit einer Definition eingeläutet, welche die Messlatte unerreichbar hochgelegt hat: Gesundheit sei „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Geberechen“. Der Satz [...] besagt, dass niemand je vollständig gesund ist (oder höchstens während einiger Sternstunden seines Lebens). Unter der Voraussetzung, dass Gesundheit ein anzustrebender Zustand ist, heisst dies nichts anderes, als dass wir uns anstrengen sollten, um gesund zu sein. Oblag die Verantwortung für das Wohlbefinden der Bürger noch in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts dem Wohlfahrtsstaat so lastet sie heute, nach dem*

---

<sup>1</sup>Luhmann, 2005, 181

*Durchbruch neoliberalen Denkens und angesichts der chronifizierten Finanzkrise und der steigenden Gesundheitskosten, zunehmend auf dem Einzelnen. Die Tendenz geht dahin, dass jeder verantwortlich gemacht wird für seine Gesundheit. Wer nicht gesund ist, hat etwas falsch gemacht und ist selber schuld. [...] Seit [...] den Ärzten das Ruder der „Bürokratie“ aus der Hand genommen worden sei – durch Pharmaindustrie und Gesundheitspolitik bliebe zu ergänzen –, hätten sie sich in Mediziner verwandelt, die dem Kranken eine Pathologie zuschrieben. Das Gegenteil der Pathologie, die Gesundheit, werde nicht mehr als Wohlsein erlebt, sondern als die „optimale Einstellung individueller Subsysteme auf ökologische und ökonomische Rahmenbedingungen“ festgeschrieben.“<sup>2</sup>*

An dieser Stelle soll festgehalten werden, dass sich die Dienstleistungen im Gesundheitswesen stark von kommerziellen Dienstleistungen im freien Markt unterscheiden. Das Gesundheitswesen schafft eine spezielle soziale Beziehung, die Schutz benötigt und nicht ausschliesslich über den Markt reguliert werden kann. Die Erklärung dafür ist: Die Gesundheit ist ein existenzielles Gut und für das Kollektiv genauso bedeutsam wie Luft, Trinkwasser, Bildung oder öffentliche Sicherheit. Man kann sich nicht dafür entscheiden, gesund zu sein – wie man sich für ein Produkt entscheidet. Die Patientin resp. der Patient weiss, weder wann noch warum er oder sie krank wird oder an welcher Krankheit er oder sie in Zukunft leiden wird. Krankheit kann nicht individuell reguliert werden und ist ein Risiko, das zum Leben gehört.<sup>3</sup>

Die Patientinnen und Patienten sind in den täglichen Aktivitäten durch die Krankheit mehr oder weniger stark eingeschränkt und aufgrund der Erkrankung auf Hilfe angewiesen. Der Bedarf nach medizinischer Unterstützung ist anfänglich unspezifisch und wird schliesslich durch die Kompetenz der Expertinnen und Experten definiert und spezifiziert. Zwischen Patientin und Patient und Gesundheitspersonal besteht eine Asymmetrie, in der die Patientin resp. der Patient in einer unsicheren, schwachen und abhängigen Position ist.<sup>4</sup> In dieser vulnerablen Phase ist es deshalb wichtig, dass der Mensch als Mensch gesehen wird *„und nicht als Sache, als Zimmernummer oder Krankheit. Wo das nicht umgesetzt wird, besteht schnell die Gefahr, die Grenzen zur Unmenschlichkeit zu überschreiten: Patientinnen und Patienten werden schnelllebig und routiniert wie am „Fließband“ versorgt. Das enge Zeitbudget gibt den Takt vor. Dann bleibt schnell kein Platz für eine ethische Verantwortung gegenüber den Patientinnen und Patienten als Person, der sich wünscht, dass man auf ihn eingeht und den Umgang mit ihm nicht bloss auf seine Krankheit beschränkt. Denn er hat eine Krankheit, doch er ist keine Krankheit, sondern Persönlichkeit macht seine Würde aus.“*<sup>5</sup>

Zweifelsohne haben die Ökonomisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen den

---

<sup>2</sup>Hafner, 2013

<sup>3</sup>Schulten, 2006

<sup>4</sup>Schulten, 2006

<sup>5</sup>Nass, 2012, 163

Umgang mit den Kranken verändert. Die Restrukturierungen begannen beispielsweise in Deutschland – wie in vielen europäischen Ländern – in den 1990er Jahren. Die Zahl der Spitäler und Betten nahm ab und die Zahl der Spitalprivatisierungen zu. Zwischen 1991 und 2004 stieg die Zahl privater Spitäler von 14.8% auf 25.4% an. Hochrechnungen lassen erwarten, dass bis ins Jahr 2020 40% der Spitäler in Deutschland privatisiert sein werden. Die Vorteile von Privatspitälern sind der einfachere Zugang zu privaten Kapitalmärkten, mehr Möglichkeiten, die Geschäftsprozesse effizient zu gestalten und Personalkosten zu senken.<sup>6</sup> In der Schweiz hat sich die Situation mit der neuen Spitalfinanzierung für die Spitäler dahingehend verändert, dass die Spitalführung grössere unternehmerische Freiheit erhält, sich aber zugleich vertiefter mit den Finanzmärkten auseinandersetzen muss. Investitionen sind notwendig, um im Wettbewerb bestehen zu können und müssen gleichzeitig das Leistungsangebot des Spitals unterstützen. Patzen & Bosshard (2014) erklären, wieso die Spitalfinanzierung für Investoren eine attraktive Anlageform ist:

*„Die im KVG neu geregelte Investitionsfinanzierung von Spitälern sieht vor, dass neu das Spital eine privatwirtschaftliche Finanzierungslösung suchen kann, wo für notwendige Investitionen die Eigenmittel fehlen. Dies entlastet zukünftig die Kantone in bedeutendem Masse. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass für bestimmte Investitionen aufgrund von betriebswirtschaftlichen Risikoüberlegungen keine private Finanzierungslösung gefunden wird. [...] Versicherungen und Pensionskassen sind an neuen Anlagekategorien wie öffentlichen Spitäler interessiert, weil solche Anlagen gute Renditen mit geringerem Risiko und stabileren Erträgen als traditionelle Anlagen bieten. Die Investoren profitieren von einem politisch stabilen Umfeld, einer hohen Wertstabilität und langfristig planbaren Zahlungsströmen.“<sup>7</sup>*

Durch die Vielzahl von Akteuren und ihre unterschiedlichen Interessen, gegenseitigen Abhängigkeiten, intransparenten Konkurrenzsituationen und durch „die kantonale Hoheit“ wird eine Vernetzung der Leistungserbringer erschwert. Aufgrund mehrerer Partner, die kooperieren wollen, wird die Vernetzung bis zu einem gewissen Grad ineffizient. Da gemeinsame Ziele im Verteilungskampf schwer zu identifizieren sind, „hat sich denn bisher kein Investor – auch nicht der Bund oder die Kantone – bereit erklärt, das Projekt der Gesamtvernetzung des Gesundheitswesens in Angriff zu nehmen“.<sup>8</sup> Da der Staat durch die wachsende Ökonomisierung seinen Einfluss auf die Wirkungsweise des Markts verliert, wird eine Vernetzung in einem ökonomisierten Gesundheitswesen aufgrund der vielfältigen Eigeninteressen der Akteure immer komplexer.

---

<sup>6</sup>Schulten, 2006

<sup>7</sup>Patzen & Bosshard, 2014

<sup>8</sup>Gericke, Rohner & Winter, 2006

## 10.1 Ökonomisierung des Gesundheitswesens und ihre Konsequenzen für den Pflegeberuf

Die Ökonomisierung und Privatisierung im Gesundheitswesen haben neben der Definition von Gesundheit auch die Arbeitsbedingungen in den Gesundheitsberufen verändert. Ausgelöst wurde diese Entwicklung als Folge der Industrialisierung durch den sogenannten Taylorismus. Ziel des Taylorismus war, durch erhöhte Standardisierung die Produktivität und Effizienz zu steigern. Wie in vielen Industrien hielt dieses Denken auch im Gesundheitswesen Einzug. Problematisch am Taylorismus ist nicht der Anspruch auf mehr Effizienz und Qualität, sondern die damit verbundene Rolle der Arbeitnehmerin resp. des Arbeitnehmers im Produktionsprozess: Die ideale Arbeitskraft ist jemand, der Anweisungen folgt und nicht selber denkt.<sup>9</sup> Eine Prämisse, die einer fortschrittlichen Personalentwicklung und Arbeitsplanung widerspricht und vor dem Hintergrund des wachsenden Pflegebedarfs nicht mehr zeitgemäss ist.

Begonnen haben die Veränderungen im Pflegeberuf in Europa nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Arbeit in der Pflege wurde immer professioneller und die Emanzipierung der Medizin nahm neue Formen an. Jedoch erst in den 1980er Jahren begann sich die Pflege als Wissenschaft auch institutionell zu etablieren. Das grosse Erfahrungswissen der Pflege fand mit der Akademisierung Zugang zu Artikulation und Reflexion. Zuvor reisten europäische Pflegenden in die USA, um eine Ausbildung auf Hochschulstufe absolvieren zu können. Entsprechend stammen die gängigen pflegetheoretischen Ansätze noch heute mehrheitlich aus den USA. Obwohl die Pflegewissenschaft eine eigenständige Disziplin ist, gibt es Bezüge zu bestehenden Wissenschaftsdisziplinen wie der Medizin, den Gesundheitswissenschaften/Public Health und den Sozialwissenschaften.<sup>10</sup> Mit der Akademisierung gewannen Ausbildungen und Abschlüsse im Pflegeberuf immer mehr an Bedeutung. Diese Entwicklung sieht Luhmann als Merkmal moderner, ökonomisierter Gesellschaften. Dies bedeutet, dass in der Gesellschaft Ausbildungen und Karriere immer wichtiger werden: Luhmann spricht sogar von der Karriere als „*universeller Lebensform*“.<sup>11</sup> Das impliziert, dass der Beruf zu einem wesentlichen Bestandteil der Identität einer Person wird und als Identifikationspunkt und moralische Richtlinie dient. Zusammengefasst bedeutet dies für den Pflegeberuf, dass die Ökonomisierung die Arbeit, die berufliche Identität, das Berufsethos und die Arbeitsbedingungen von Pflegefachpersonen stark verändert hat. Diese These Luhmanns kann durch die gegenwärtigen Entwicklungen im Pflegeberuf bestätigt werden.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts zeichnete sich die Arbeit in der Pflege durch ein breites Spektrum an medizinischen und pflegerischen Herausforderungen aus. Mit der Fragmentierung der Pflege sollte die Effizienz und die Qualität gesteigert werden. Dies geschah über Pflegepfade und Richtlinien, die zwar einerseits ein Monitoring für die Effizienz und

---

<sup>9</sup>Rastegar, 2004

<sup>10</sup>Robert Bosch Stiftung, 1996

<sup>11</sup>Luhmann, 1989

die Qualität darstellten, aber andererseits den administrativen Aufwand massiv erhöhen. Natürlich sollte das Ziel bleiben, den Patientinnen und Patienten die bestmögliche und kosteneffektivste Pflege und Behandlung zukommen zu lassen, doch – wie an früherer Stelle in dieser Arbeit ausgeführt – sind die Prinzipien für die Herstellung von Autos und anderen standardisierten Produkten nicht für die Kalkulation der Gesundheit geeignet. Die Gefahr besteht darin, dass essentielle Aspekte einer guten Betreuung und Behandlung wie die Kommunikation und die persönliche Beziehung auf der Jagd nach Effizienz verloren gehen.<sup>12</sup> Diese Gefahr sieht auch die Care-Ethik (vgl. Kapitel 5) und trägt dem Rechnung, dadurch, dass sie der Gerechtigkeitsperspektive die Fürsorgeperspektive gegenüberstellt. Mit der Einführung der DRGs hat sich ausserdem die Arbeitsbelastung in der Pflege verstärkt, da es zu einer Verdichtung der Pflegearbeit kam und für die Planung von Pflegemassnahmen weniger Zeit zu Verfügung steht.<sup>13</sup> Die Gefahr der DRGs besteht auch *„in einer subtilen Verschiebung der Prioritäten in Spitälern vom Patientenwohl und der bedarfsgerechten Versorgung der gesamten Bevölkerung hin zu Erlössteigerungen bzw. der Vermeidung von Verlusten, verbunden mit der Entwicklung neuer Formen von Über- und Unterversorgung [...] Längerfristig ist auch denkbar, dass sich das ärztliche und pflegerische Ethos anpassen, dass etwa das Patientenwohl nicht mehr fraglos an erster Stelle steht, sondern als gleichrangig mit ökonomischen Erwägungen wahrgenommen wird. [...] Die Chance der DRGs besteht darin, unser Bewusstsein für die Konsequenzen von Anreizsystemen zu schärfen und Anreize immer besser so auszutarieren, dass Effizienzgewinne ohne Einbussen an Qualität und Fairness der Gesundheitsversorgung erfolgen.“*<sup>14</sup>

Die zunehmend knappen Ressourcen können den moralischen Stress<sup>15</sup> erhöhen und die Entwicklung und Stabilisierung der beruflichen Identität erschweren. Dies wiederum kann schliesslich emotionale und körperliche Auswirkungen nach sich ziehen und in Stellenwechseln oder dem Berufsausstieg resultieren.<sup>16</sup> Alles sind Kosten, die ebenfalls kalkuliert und berücksichtigt werden müssen. Um die Ausgaben reduzieren zu können, wurde in vielen Spitälern auch der Skill-Mix angepasst. Gut ausgebildete Pflegende wurden durch günstigeres und weniger gut qualifiziertes Personal ersetzt. Doch es konnten dadurch – gemäss Stone et al. (2003) – weder grosse Einsparungen noch Verbesserungen in der Pflegequalität erreicht werden.<sup>17</sup>

Wie erwähnt, zeichnet sich der Arbeitsalltag in der Pflege heute unter anderem durch eine erhöhte Arbeitsbelastung, erhöhten Arbeitsdruck und hohen administrativen Aufwand aus. Dies führte bei den befragten Pflegenden dazu, dass es immer schwieriger wird,

---

<sup>12</sup>Rastegar, 2014

<sup>13</sup>Rettke et al., 2015

<sup>14</sup>Biller-Andorno, 2014

<sup>15</sup>Eine Pflegefachperson glaubt zu wissen, „was das professionell-ethische angemessene Verhalten ist, sich aber aufgrund von Hindernissen nicht in der Lage sieht, entsprechend zu handeln.“ (Kleinknecht-Dolf et al., 2015)

<sup>16</sup>Kleinknecht-Dolf et al., 2015; Rettke et al., 2015

<sup>17</sup>Stone et al., 2003

„gute“ Arbeit zu leisten.<sup>18</sup> In der Studie von Fletcher (2001) verdeutlichen Aussagen von Pflegefachpersonen diese Veränderungen:

*„I am feeling very devalued in my job. I have become a pair of hands, here... for the sake of profits.“<sup>19</sup>*

*„It seems as if the hospital stresses patients first, but contradicts as we cut nurses to take care of them.“<sup>20</sup>*

*„Our administrators see the health profession as only a business now and not sincerely caring about the help we give to the sick – many of us felt called to this profession.“<sup>21</sup>*

Auch in den Leitfadeninterviews im Rahmen dieser Arbeit kommen diese Veränderungen zum Ausdruck:

*„[...] Der Schritt zu dem mehr Intensiv, mehr Technischen und viel weniger die Beratungsgespräche, die wir früher mehr gemacht haben auf der Intensivstation. Das ist wirklich weggefallen und dadurch ist die Arbeitsintensität und die ganze...es ist einfach alles sehr viel intensiver geworden. Das hat sich, glaube ich, am meisten verändert. [...]“ (Interview 1)*

*„[...] Und was ich ganz schwierig finde ist, durch die Machbarkeit der Medizin mit all diesen Möglichkeiten, die man hat, vergisst man manchmal...vergessen Verschiedene immer wieder einmal, dass nicht alles machbar ist, dass da auch eine Grenze ist. Und das Eingestehen, dass man auch an einen Punkt kommt, wo man sagt, nein, das, es wäre wohl noch etwas zu tun, aber das ist jetzt wirklich nicht im Sinne des Patienten oder der Familie. [...]“ (Interview 2)*

*„[...] Also die DRGs haben meinen Arbeitsalltag sicher sehr beeinflusst, dass man einfach Druck hat, Patienten innerhalb einer gewissen Zeit zu behandeln [...] gesund zu machen. [...] Wir haben 5 Tage und nach diesen 5 Tagen muss er [Patient] wieder nach Hause, weil die Krankenkasse bezahlt nicht mehr. Das ist sicher etwas, dass mich sehr beeinflusst hat. [...]“ (Interview 5)*

Abbildung 10.1 stellt die Entwicklungen des Arbeitsalltags und die Entwicklungen, die, für die befragten Pflegefachpersonen, die Einstellung zum Pflegeberuf verändert haben den Entwicklungen, die bei der Aufgabenerledigung Druck auslösen gegenüber. Die Gegenüberstellung zeigt eindrucklich, dass es die Veränderungen des Arbeitsalltags resp. des Arbeitsumfelds sind, die Druck auslösen. So haben die beispielsweise die Akademisierung und die Ökonomisierung das Berufsbild und den Arbeitsalltag resp. das Arbeitsumfeld geprägt. Die Arbeitsbelastung und der Personalmangel sind Veränderungen im Arbeitsalltag, die den Druck bei der Aufgabenerledigung erhöht haben. Insbesondere die

<sup>18</sup>Maben, Latter & Macleod Clark, 2007

<sup>19</sup>Fletcher, 2001

<sup>20</sup>Fletcher, 2001

<sup>21</sup>Fletcher, 2001

## 10.1 Ökonomisierung des Gesundheitswesens und ihre Konsequenzen für den Pflegeberuf

Entwicklungen im Arbeitsalltag / Arbeitsumfeld verstärken den Druck bei der Aufgabenerledigung. Der Druck in der Pflege wird auch durch heterogene Denkmuster erzeugt, wenn unterschiedliche Pflegeverständnisse aufeinandertreffen. Die mit der Professionalisierung einhergehenden Aufwertung des Pflegeberufs wird von den Pflegenden positiv erlebt. Hingegen erschwert ihnen die physische und psychische Arbeitsbelastung und das veränderte Arbeitsumfeld den Pflegenden, gute Arbeit zu leisten. In diesem veränderten Arbeitskontext hat sich auch das Berufsbild der Pflege sowohl auf Ebene der Ausbildungsebene als auch im Arbeitsalltag verändert. Vor allem durch die Professionalisierung und Akademisierung erfuhr der Pflegeberuf eine Aufwertung und entfaltete Vielschichtigkeit und Selbstständigkeit. Offen bleibt allerdings nach wie vor der Wunsch nach fachlicher Eigenständigkeit. Die wissenschaftliche Ausbildung und das erweiterte Fachwissen gehen zudem mit höheren Ansprüchen und der Forderung nach mehr Mitsprache einher. In diesem Zusammenhang liefern die Ergebnisse dieser Arbeit wichtige Informationen für die Arbeitsgestaltung und Berufsbildentwicklung. Die erwähnten Veränderungen im Pflegealltag, in der Ausbildung und dem Pflegeberuf hatten grossen Einfluss auf die berufliche Identität und das Berufsethos der Pflege. Rollenkompetenzen wie Qualifikationen und Motivation wurden Voraussetzungen für das Helfen und ersetzen das Ethos zunehmend. Das eingangs erwähnte Zitat von Luhmann veranschaulicht diese Entwicklung und wird deshalb an dieser Stelle nochmals zitiert:

*„Zu all dem gehört die Präntention, dass die Hilfe nicht im eigenen Interesse des Helfenden liegt und daher nicht reziprok vergolten wird, sondern nur „honoriert“ wird. Diese für die klassischen Professionen eigentümliche Kombination von Problembezug, Freiheiten und Bindungen gehört in hochkultivierte Gesellschaften und wird heute nur noch als Attrappe fortgeführt. [...] In diesem Rahmen ist die Entscheidung, zu helfen oder nicht zu helfen, nicht Sache des Herzens, der Moral oder der Gegenseitigkeit, sondern eine Frage der methodischen Schulung und der Auslegung des Programms, mit dessen Durchführung man während einer begrenzten Arbeitszeit beschäftigt ist.“<sup>22</sup>*

Vorangegangen konnten Parallelen zwischen der Veränderung der Gesellschaft und den Veränderungen des Pflegeberufs dargelegt werden. Diese Ausführungen sind Teil der Überprüfung der Luhmannschen These. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass die Berufsidentität zunehmend zur Identität der Menschen in der Gesellschaft wird. Für den Pflegeberuf bedeutet dies – wie erläutert – dass im Laufe der Berufsgeschichte religiöse Motive durch Fachwissen ersetzt wurden. Obwohl das Fachwissen bedeutsamer wurde und die religiösen Motive abgelöst hat, ist die Motivation, den Pflegeberuf zu ergreifen, über die Zeit relativ stabil geblieben. Das zeigt das folgende Kapitel. Durch die veränderten Arbeits- und Helfensbedingungen wird es für Pflegende immer schwieriger, das Objekt ihrer Arbeit zu benennen.<sup>23</sup> Dies stellt die berufliche Identität und das Berufsethos von Pflegefachpersonen auf die Probe und kann die Arbeitsunzufriedenheit und Fluktuation im Gesundheitswesen bis zu einem gewissen Grad erklären.

---

<sup>22</sup>Luhmann, 2005, 174ff

<sup>23</sup>Stein Backes et al., 2012; Luhmann, 2005, 176



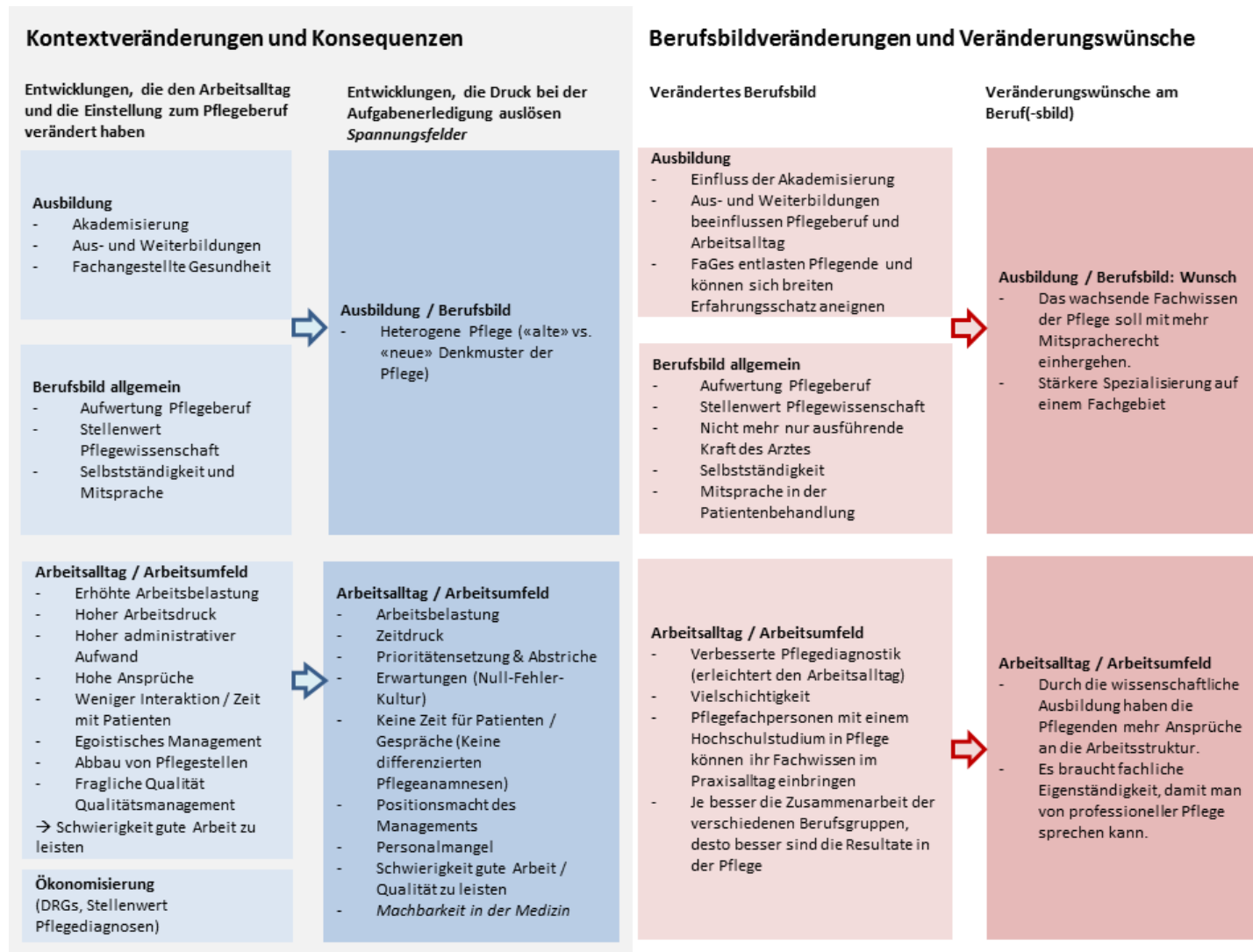


Abbildung 10.1: Kontextveränderungen, damit verbundene Konsequenzen und Berufsbildveränderungen und Veränderungswünsche

## 10.2 Die Motivation für den Pflegeberuf

In einer Studie des International Council of Nursing nennt die Mehrheit der Studierenden als Grund den Pflegeberuf zu ergreifen, dass sie Menschen helfen wollen, können das in der Praxis allerdings nicht im gewünschten Mass.<sup>24</sup> Abbildung 10.2 zeigt die Gründe für die Berufswahl, wie sie in den Interviews für die vorliegende Arbeit genannt wurden. Auch heute noch sind „Menschen helfen zu wollen“ und der „Kontakt mit Menschen“ wichtige Gründe, in den Pflegeberuf einzusteigen.

So schreibt auch Veit (1998), dass das Gefühl einer sinnvollen Tätigkeit, der Kontakt mit Menschen, das Bedürfnis anderen helfen zu wollen und das Interesse an der Medizin und Pflege die Hauptmotive für die Wahl des Pflegeberufs sind.<sup>25</sup> Wie erwähnt konnten diese Befunde auch noch rund 20 Jahre später in dieser Arbeit bestätigt werden. Wenn nun die Motive für die Berufswahl die gleichen geblieben sind, was sind dann die Auslöser für die hohen Fluktuationsraten in den Schweizer Spitälern? Kann dem Anliegen wie beispielsweise dem Bedürfnis „Menschen helfen zu wollen“ aufgrund der Rahmenbedin-

gungen, z.B. wegen des Zeitdrucks nicht gerecht geworden werden, führt dies zu innerem Druck und Unbehagen.<sup>26</sup> Beide Emotionen hindern die Entwicklung der beruflichen Identität, führen zu Inkongruenzen mit dem Berufsethos und längerfristig zu Kündigungen. Kongruenz mit dem Berufsethos hingegen kann dazu führen, dass sich Pflegendе befähigt fühlen und ihre Arbeitszufriedenheit dadurch positiv beeinflusst wird. Wenn das Berufsethos allerdings korrumpiert wird, sind emotionale Erschöpfung und Burnout die Folge. Ein Gesundheitswesen, das das Berufsethos von Pflegekräften anerkennt, unterstützt diese in ethisch und klinisch kompetentem Verhalten.<sup>27</sup> Diese Arbeit liefert mit der Untersuchung dieser vier Konstrukte (Berufliche Identität, Berufsethos, Formen der Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht) einerseits die teilweise empirische Überprüfung der Luhmannschen Theorie und andererseits Erklärungen und mögliche Entwicklungsmassnahmen, um die Herausforderungen im Gesundheitswesen anzugehen.

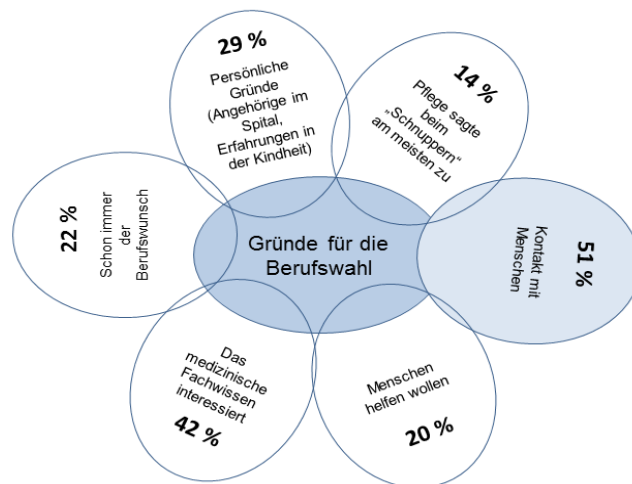


Abbildung 10.2: Übersicht über die Gründe der Berufswahl von Pflegenden. (Mehrfachantworten möglich, n= 267)

<sup>24</sup>Oulton, 2006

<sup>25</sup>Veit, 1998

<sup>26</sup>West, Griffith & Iphofen, 2007

<sup>27</sup>Ravari et al., 2012

## 10.3 Die Überprüfung der Luhmannschen Theorie

### 10.3.1 Der Zusammenhang von beruflicher Identität und Berufsethos

Von den, in dieser Arbeit bestätigten Hypothesen ist besonders der Zusammenhang von beruflicher Identität und Berufsethos hervorzuheben (Hypothese H.3). Sowohl auf Skalenebene als auch auf Itemebene wurden die Korrelationen positiv signifikant. Obwohl kein Kausalzusammenhang bewiesen werden kann, zeigt dieses Resultat die gegenseitige Bedeutung der beiden Konstrukte deutlich. Das Ergebnis ist kongruent mit früheren Befunden und Annahmen, wie sie im Theorieteil beschrieben wurden. Der Zusammenhang lässt sich dadurch erklären, dass die berufliche Identität unter anderem durch die Internalisierung von Fachwissen und ethischen Standards entsteht.<sup>28</sup> Um die berufliche Identität entwickeln zu können, müssen sowohl die persönlichen Werte als auch die Werte und Normen der Profession integriert werden. Eine Bindung zwischen persönlicher und beruflicher Identität legt den Grundstein für die persönliche, soziale und berufliche Erfüllung.<sup>29</sup> Gleichzeitig ist die berufliche Identität Spiegel der Philosophie, die hinter dem pflegerischen Handeln steht und bildet einen wichtigen Referenzrahmen für die pflegerische Tätigkeit.<sup>30</sup> Das Berufsethos ist somit Teil des Selbstkonzepts einer Person.<sup>31</sup> Dieses Ergebnis stützt Luhmanns Theorie, die impliziert, dass in der heutigen Multiidentitätsgesellschaft das Berufsethos ausgehöhlt wird, da Menschen in modernen Gesellschaften nicht nur eine Identität haben, die sie benennen können, sondern multiple. Folglich stehen die verschiedenen Identitäten und die damit verbundenen Werte in stetiger Konkurrenz. Das erschwert die Entwicklung einer stabilen beruflichen Identität und stellt das Berufsethos vor neue Herausforderungen. Da auch die Internalisierung von Werten, Normen und ethischen Standards Teil des Sozialisationsprozesses der beruflichen Identität sind<sup>32</sup>, ist der signifikante Zusammenhang zwischen beruflicher Identität und Berufsethos nicht überraschend. Neu ist allerdings die empirische Grundlage für diesen Zusammenhang. Die vorliegende Arbeit legt mit der Entwicklung einer Skala für die Erfassung des Berufsethos der Pflege den Grundstein für die Erforschung des Zusammenhangs von beruflicher Identität und Berufsethos.

### 10.3.2 Überprüfung der Skala zum Berufsethos der Pflege

Mit der Entwicklung und Weiterentwicklung der Skala zum Berufsethos in der Pflege wurde die Skala bereinigt und bestätigt (siehe dazu Kapitel 9.2.1). Damit findet die Bedeutung der beruflichen Identität und des Berufsethos der Pflege in der Forschung

---

<sup>28</sup>Cowin et al., 2013; Öhlén & Segesten, 1998

<sup>29</sup>Cowin et al., 2013

<sup>30</sup>Fagermoen, 1997

<sup>31</sup>Verplanken, 2004

<sup>32</sup>Fagermoen, 1997

### 10.3 Die Überprüfung der Luhmannschen Theorie

aber auch in der beruflichen Praxis neue Legitimation und Unterstützung. Die gegenseitige Bedeutung von beruflicher Identität und Berufsethos hat direkte Auswirkungen auf die Praxis: Pflegefachpersonen, welche mit ausgeprägter beruflicher Identität arbeiten, erfahren in der Regel Harmonie mit ihren Berufswerten. Dabei spielt das Arbeitsumfeld eine herausragende Rolle, auch im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit und die Kündigungsabsicht.<sup>33</sup> Für die Luhmannsche Theorie heisst das: Dadurch, dass die berufliche Identität in modernen Gesellschaften zur „Hauptidentität“ wird, ist es wichtig, dass das Berufsethos nicht ausgehöhlt wird, da zwischen der beruflichen Identität und dem Berufsethos eine Koabhängigkeit besteht.

Werte entwickeln sich durch die Einflüsse von Kultur, Gesellschaft und Persönlichkeit. Sie leiten die Zielauswahl und Handlungen und werden über die Zeit relativ stabil. Je mehr Erfahrung jemand mit einem bestimmten Wert verbindet, desto stärker ist dieser verankert. Menschen können mehrere Sets an moralischen Codes haben – so viele wie sie soziale Bezugsgruppen haben. In Organisationen gibt es verschiedene Gruppen mit verschiedenen Wertsystemen,<sup>34</sup> diese kann aufgrund der Ambivalenz und des Pluralismus zu Konflikten führen.<sup>35</sup>

Inhaltlich werden die Items der neuentwickelten Skala zum Berufsethos der Pflege durch die Studie von Cassier-Woidasky (1998) gestützt – insbesondere die Items, welche die „*other oriented values*“ widerspiegeln. Die „*other oriented values*“, oftmals patientenfo-kussierte Werte, werden nicht nur von den, für diese Studie befragten, Pflegefachpersonen genannt, sondern auch Patientinnen und Patienten bestätigen die Relevanz dieser. So fragte Cassier-Woidasky (1998) Patientinnen und Patienten, was sie während eines Krankenhausaufenthalts erwarten. Die Aussagen decken sich weitgehend mit denjenigen, der, für diese Arbeit befragten, Pflegenden.<sup>36</sup> Abbildung 10.3 zeigt die Kongruenz von Patientinnen- und Patientenerwartungen mit den „*other oriented values*“ der Pflegenden. Für weitere Studien wäre eine vertiefte Untersuchung der Zusammenhänge der beiden Stichproben interessant.

Aufgrund dieser Ergebnisse scheint eine intensive Auseinandersetzung mit dem Berufsethos der Pflege aus Patientinnen- und Patientensicht sinnvoll, da in der Vergangenheit die enge Verknüpfung mit der Pflegesicht bestätigt wurde. Einerseits sind die Patientinnen und Patienten resp. der Kontakt mit den Menschen Gründe für die Berufswahl zukünftiger Pflegenden<sup>37</sup> und andererseits korreliert die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen mit der Patientenzufriedenheit.<sup>38</sup> Diese Kompatibilität der beiden Sicht-

---

<sup>33</sup>Sabanciogullari & Dogan, 2015

<sup>34</sup>„Die Komplexität der Lebensverhältnisse sowie die Handlungsmöglichkeiten des modernen Menschen führen dazu, dass dieser sich einer weit grösseren Anzahl von Normen gegenüber sieht, als dies in früheren Epochen der Fall war.“ (Schreiner, 2001)

<sup>35</sup>Dose, 1997

<sup>36</sup>Cassier-Woidasky, 1998

<sup>37</sup>Jüngere Pflegenden erachten „*other oriented values*“ als wichtiger als ältere Pflegefachpersonen. (Thorpe & Loo, 2003)

<sup>38</sup>Sabanciogullari & Dogan, 2015; Seo et al., 2004; Strachota et al., 2003

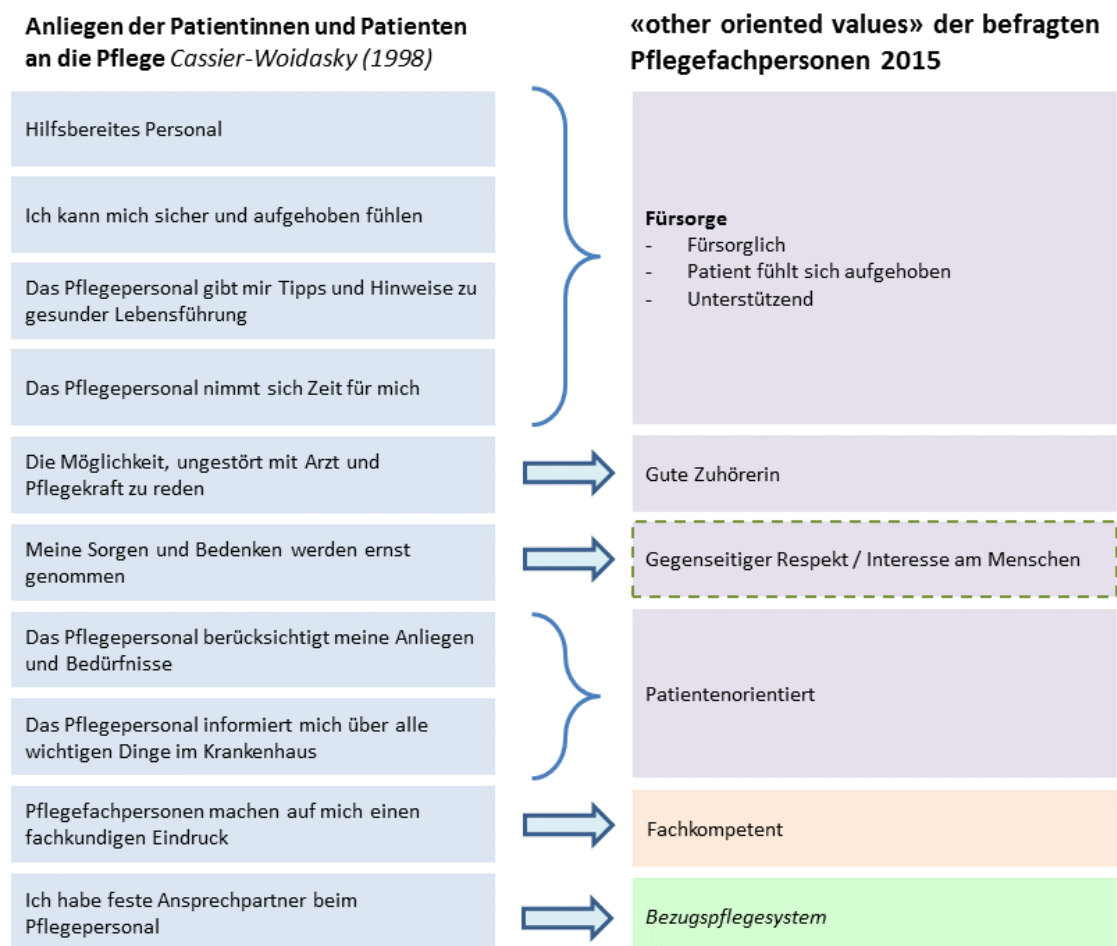


Abbildung 10.3: Gegenüberstellung der Patientinnen- und Patientenerwartungen nach Cassier-Woidasky (1998) und der „other oriented values“ der Pflegenden aus den qualitativen Interviews dieser Arbeit

weisen gewinnt angesichts der Notwendigkeit einer künftig verstärkten integrierten Versorgung neue Bedeutung. Speziell dann, wenn sich das Berufsethos und die berufliche Identität über die Jahre verändern, braucht es im Hinblick auf eine strukturierte Personalentwicklung eine laufende Auseinandersetzung. Mit den beruflichen Werten im Zentrum lässt sich der Leistungsauftrag der Pflege weiter gestalten. Als wichtige Eckdaten für die Ausgestaltung künftiger Leistungen im Gesundheitswesen und in Kombination mit gegebenen ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen könnten sie die Entwicklung eines integrierten und ganzheitlichen Gesundheitswesens unterstützen.

#### 10.3.3 Praktische Implikationen

Für die Ausbildung von Pflegefachpersonen und für die Personalauswahl und -entwicklung in Organisationen des Gesundheitswesens liefern die Ergebnisse mögliche Implikationen.

In der Ausbildung müssen die berufliche Identität und das Berufsethos dahingehend thematisiert werden, dass Auszubildende in der Lage sind, ihre beruflichen Werte zu verbalisieren, einzuordnen und zu reflektieren. Das Berufsethos bleibt auf diese Weise nicht nur implizit, sondern kann während der beruflichen Laufbahn aktiv reflektiert werden. Eine vertiefte Ausbildung in der Entscheidungsfindung, Risikoanalyse und Ethik sind wichtige Grundlagen, die Auszubildende unterstützen würden, sich effektive Risikomanagementfähigkeiten anzueignen.<sup>39</sup> Auf diese Weise erfahren sie in der Ausbildung die notwendige Unterstützung für eine aktive Mitarbeit am Berufsbild innerhalb der Berufsgruppe, in Organisationen und auf berufspolitischer Ebene. Gerade vor dem Hintergrund der Professionalisierung in der Pflege ist eine gleichzeitige Weiterentwicklung des Berufsbilds mit den damit verbundenen Werten notwendig. Mit der stetigen Veränderung von Status und Rolle in der Pflege braucht die Profession eine klare Antwort auf die Frage, in welche Richtung sich der Pflegeberuf entwickeln soll. Dazu braucht es eine Artikulierung der Grundwerte und eine Übereinstimmung mit den Werten der Pflege, denn gute Pflege ist definiert durch die zugrundeliegenden Werte. Es ist wichtig, dass Pflegende die Werte kennen, die ihre Praxis bestimmen, so, dass gute Pflege in der Praxis tatsächlich realisiert werden kann.<sup>40</sup>

Obwohl nicht täglich explizit über Werte nachgedacht wird, bestimmen sie implizit das persönliche, soziale und berufliche Handeln.<sup>41</sup> In den Organisationen darf es nicht dazu kommen, dass die humanitären Vorteile verschwinden und eine Kompensation nur durch Bezahlung und monetäre Vergütung geschieht.<sup>42</sup> Oder wie Luhmann sagt, dass das Berufsethos zu einer Attrappe wird. Daraus lässt sich – wie in den theoretischen Grundlagen erwähnt – schlussfolgern, dass es in den Ausbildungsstätten Programme braucht, die die Auszubildenden mit den notwendigen Kompetenzen ausstatten, um auf

---

<sup>39</sup>Thorpe & Loo, 2003

<sup>40</sup>Horton, Tschudin & Forget, 2007

<sup>41</sup>Verplanken, 2004

<sup>42</sup>West, Griffith & Iphofen, 2007

praktische Herausforderungen sowohl fachlich als auch emotional reagieren zu können. Nur so können eine Identitätskrise zwischen Theorie und Praxis antizipiert und damit verbundene Konsequenzen wie Kündigungen vermieden werden.<sup>43</sup>

Bedeutend ist die Abstimmung der, in der Praxis gelebten Werte, mit den, in der Ausbildung vermittelten Werte. Sind diese stark voneinander abweichend, kann das zu einem inneren und äusseren Konflikt führen. Dies wiederum kann in Unwohlsein und Unzufriedenheit mit dem Beruf resultieren und Kündigungen oder den Ausstieg aus dem Beruf nach sich ziehen, weil das berufliche Umfeld „*moralisch unbewohnbar*“ wird. Scholes (2008) nennt vier Einflussfaktoren, die diesen Wertkonflikt begünstigen und verstärken:

- Unrealistische Erwartungen an den Berufsalltag;
- Mangel an Wissen und Fähigkeiten die Arbeit erledigen zu können;
- Fehlende emotionale Vorbereitung und Selbstverständnis den Erwartungen im Arbeitsalltag gerecht zu werden und
- Mangelnde Unterstützung, um mit den obengenannten Ansprüchen umgehen zu können.

Für die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bedeuten die Ergebnisse dieser Studie die Notwendigkeit einer gezielten Auseinandersetzung mit dem Berufsethos und der beruflichen Identität von Pflegefachpersonen. Auch langfristig im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit sollte bei der Personalauswahl die Passung der Werte der Organisation und mit jenen der Arbeitnehmerin resp. des Arbeitnehmers berücksichtigt werden. Denn es gilt die Berufsmotivation und Präferenzen der Arbeitnehmenden zu verstehen, um die Stelle richtig zu besetzen.<sup>44</sup> Bei der Erfassung der Grundhaltung sehen Barbour & Lammers (2015) den Schlüssel zum Verständnis der beruflichen Identität.<sup>45</sup> Die Literatur spricht in diesem Zusammenhang auch von Wertekongruenz. Eine Werteinkongruenz kann bereits bei der Rekrutierung oder erst später, während der Anstellung, entstehen. Bei der Rekrutierung wird eine Werteinkongruenz selten deutlich, da hauptsächlich Erfahrung und Ausbildung für eine Anstellung wichtige Parameter sind. Zudem bleibt das Organisationsklima meist vage und kann sich innerhalb einer Organisation über Departemente und Abteilungen hinweg stark unterscheiden.<sup>46</sup>

Vor dem Hintergrund der Personalknappheit ist die Fokussierung auf Parameter wie Qualifikationen und Berufserfahrung als Personalauswahlkriterien verständlich. Dennoch ist eine vertiefte Betrachtung der individuellen und organisationalen Werte sinnvoll: Die Werteinkongruenz während der Anstellung kann als Resultat von persönlicher Weiterentwicklung, Konflikten oder als Konsequenz von Veränderungsprozessen entstehen.<sup>47</sup>

---

<sup>43</sup>Scholes, 2008

<sup>44</sup>Trüssel, 2015

<sup>45</sup>Barbour & Lammers, 2015

<sup>46</sup>Verplanken, 2004

<sup>47</sup>Verplanken, 2004

Ist die Passung nicht gegeben, kann das zu Arbeitsunzufriedenheit und Kündigungen führen, besonders dann, wenn ausserhalb der Organisation attraktive Alternativstellen bestehen.<sup>48</sup> Als Handlungsmöglichkeiten nennen Holtom & O'Neill (2004) die folgenden Punkte:

- Informationen über Karrieremöglichkeiten innerhalb der Organisation bereits bei Anstellungsbeginn geben;
- Realistische Tätigkeitsbeschreibungen bei der Bewerbung abgeben;
- Personal auswählen, wo die personalen und organisationalen Werte übereinstimmen;
- Sozialisationsmöglichkeiten für Neueinsteiger geben, wo sie das Team, die Arbeitskolleginnen und -kollegen und den Arbeitgeber kennen lernen;
- Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ermutigen, Inputs bei Entscheidungen, die sie direkt betreffen, zu geben.<sup>49</sup>

Darüber hinaus sind die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in der Pflicht, das Berufsethos resp. die berufsethischen Werte ihrer Auszubildenden und Mitarbeitenden auch nach der Personalauswahl resp. im Falle einer Anstellung stärker zu berücksichtigen. Dabei stellt sich die Frage, ob die organisationalen Rahmenbedingungen es den Arbeitnehmenden überhaupt zulassen, entsprechend ihrem Berufsethos zu handeln.<sup>50</sup>

Der oft überambitionierte Leistungsauftrag in der Pflege erhöht den Arbeitsdruck und ist Quelle für eine chronische Arbeitsunzufriedenheit. Um die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und die Kündigungsabsicht zu reduzieren, sollten die Arbeitsmenge und die Arbeitslast reduziert werden.<sup>51</sup>

#### **Exkurs: Auseinandersetzung mit dem Organisationsklima**

Ein erster Schritt für eine vertiefte Auseinandersetzung mit der beruflichen Identität und dem Berufsethos der Pflege wäre, innerhalb der Organisationen, den Blick auf das ethische Klima zu richten. Das ethische Klima einer Organisation ist eine wichtige Komponente des Organisationsklimas. Es ist definiert als betriebliche Konditionen und Praktiken, die beeinflussen, wie beispielsweise schwierige Patientenprobleme, Dilemmata und ethische Implikationen diskutiert und entschieden werden. Da immer mehr ethische Aspekte die Fachpersonen beschäftigen, muss diesen grössere Beachtung geschenkt werden (Hart, 2005). Das ethische Klima spielt eine wichtige Rolle bei der Frage, ob die persönlichen Werte mit denjenigen der Organisation übereinstimmen (Sims & Kroeck, 1994). Förderlich für das ethische Klima ist beispielsweise ein offener Dialog, da dieser den

<sup>48</sup>Wheeler et al., 2007

<sup>49</sup>Holtom & O'Neill, 2004

<sup>50</sup>West, Griffith & Iphofen, 2007

<sup>51</sup>Adams et al., 2006; Fagermoen, 1997; Cowin et al., 2013; Doane, 2002; Dimitriadou et al., 2013; Maben, Latter & Macleod Clark, 2007



gegenseitigen Respekt fördert, der wiederum Ausdruck organisationaler Gerechtigkeit ist. Der gegenseitige Respekt hat grösseren Einfluss auf die Absicht, in der Organisation zu bleiben, als beispielsweise die Bezahlung (Ulrich et al., 2007).

Der Fokus der Rekrutierung und Erhaltung von Pflegepersonal lag lange nur auf ökonomischen und demografischen Faktoren, wie Bedingungen und Konditionen. Dabei wurden die Organisationskultur und die organisationalen und persönlichen Werte vernachlässigt (Horton, Tschudin & Forget, 2007). Doch Organisationskulturen unterscheiden sich stark voneinander. So gibt es beispielsweise kompetitive und stark aufgabenorientierte Kulturen und andere, die Loyalität, Flexibilität oder persönliche Entwicklungsmöglichkeiten leben (Verplanken, 2004). Park & Kim (2009) unterscheiden vier Kulturtypen:

- die einvernehmliche Kultur: Bei der einvernehmlichen Kultur liegt der Fokus auf den Menschen, der Teamarbeit, der Beteiligung und Loyalität. Die Organisation ist ein Ort, wo Menschen viel miteinander teilen und die Führungskräfte Mentoren und Elternfiguren sind.
- die rationale Kultur: Die rationale Kultur stellt Resultate und die Aufgabenbewältigung in den Vordergrund. Die Menschen sind wettbewerbs- und zielorientiert. Die Führungskräfte sind Produzenten und Konkurrenten, die hart sind und viel von ihren Mitarbeitenden verlangen. Was die Organisation zusammenhält, ist der Wunsch zu gewinnen und den Gewinn zu vergrössern.
- die Entwicklungskultur: Die Entwicklungskultur kann als dynamisch, unternehmerisch und als kreativen Arbeitsplatz beschrieben werden. Die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer werden dazu angehalten, Risiken einzugehen. Der Fokus liegt auf Innovationen, persönlicher Initiative und Freiheit. Die Führungskräfte sind folglich Innovatoren und Risikoträger. Die Bindung an die Experimentierfreudigkeit und die Innovation halten diese Organisationen zusammen.
- die hierarchische Kultur: Schliesslich gibt es noch die hierarchische Kultur, die sehr formalisiert und strukturiert ist. Klare Abläufe und Vorgehen bestimmen die Arbeit. Die Führungskräfte sind gute Organisatoren und Koordinatoren, denen Effizienz wichtig ist. Der Erfolg orientiert sich in dieser Kultur an verlässlichen Lieferungen, reibungslosen Terminabläufen und tiefen Kosten.

Von den vier Kulturen steht die einvernehmliche Kultur in Zusammenhang mit höherer Arbeitszufriedenheit und niedrigerer Kündigungsabsicht von Pflegenden. Doch auch die rationale Kultur hat einen positiven Effekt. Sie ist für Spitäler wichtig, da Effizienz und klare und detaillierte Arbeitsabläufe bestimmen, ob ein Spital seine Ziele erreicht. Gekoppelt mit klaren Strategien, Teamarbeit und einer bereichs- resp. abteilungsübergreifenden Zusammenarbeit kann die Arbeitszufriedenheit von Pflegenden verbessert werden (Park & Kim, 2009). Ausserdem steht eine gut funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit mit „*effizienten Patientenprozessen, besseren Patientenergebnissen und guter Angehörigenbetreuung in Verbindung.*“ Indikatoren für eine gut funktionie-

rende Zusammenarbeit sind das Arbeiten auf Augenhöhe in interprofessionellen Teams, die Anerkennung und das Vertrauen in die Fachkompetenz der Teammitglieder (Rettke et al., 2015). Die Bedeutung der einvernehmlichen Kultur verdeutlicht, dass eine Organisationskultur, die Teamarbeit und die Kooperation lebt, effektiver sein kann als eine streng hierarchische Kultur.

Eine Kultur zu verändern ist jedoch ein schwieriges Unterfangen, da die damit verbundenen Werte und Ansichten tief verankert sind und die Gesamtorganisation durchdringen. Damit in einem Spital eine einvernehmliche Kultur entstehen kann, braucht es: Zeit, um die Gruppenharmonie aufrechtzuerhalten, ermutigendes Personal, Personal, das Vorschläge bringt und mehr Entscheidungen selbst fällt (Park & Kim, 2009). Damit das Pflegepersonal zufrieden ist, braucht es darüber hinaus Mitsprache und Mitbestimmung in der Entscheidungsfindung und der Umsetzung von Entscheidungen. Somit ist ein ethisches Klima allein nicht ausreichend für Arbeitszufriedenheit und geringere Kündigungsraten. Es braucht eine Reduktion von ethischem Stress, es braucht Autonomie und es braucht gegenseitigen Respekt (Ulrich et al., 2007).

Wenn eine Organisation dezentral organisiert ist, kann mit klaren Abläufen und Standards eine angemessene Autonomie der Pflegenden erreicht werden. Unterstützend ist eine funktionierende horizontale Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und Medizinerinnen und Medizinern sowie innerhalb der Pflege. Sehr hierarchische Organisationen verhindern und reduzieren diese Art der Kommunikation und wirken sich negativ auf die Entscheidungsfindung und Problemlösungsfähigkeiten von Organisationen aus. Ausserdem ist in hierarchischen Organisationen auch der administrative Aufwand höher. Wichtig sind jedoch auch in nicht hierarchischen Organisationen klare Verantwortlichkeiten, Regeln und Aufgabenzuordnungen (Willem, Buelens & De Jonghe, 2007). Wenn die Pflegenden das Vertrauen in die Sicherheit und die Qualität des Gesundheitswesens verlieren, hat das einen negativen Einfluss auf die Absicht im Beruf zu verbleiben. Es kommt dazu, dass junge Pflegende nicht genügend Unterstützung von ihren Vorgesetzten bekommen, sich anpassen, die Regeln der Organisation lernen und sich ausschliesslich auf die anstehenden Aufgaben konzentrieren. Je höher die Diskrepanz zwischen individuellen und organisationalen Erwartungen an die Pflege ist, desto schwieriger ist es für Pflegende ihre Erwartungen zu erreichen und Autonomie in der Arbeit zu erfahren. Das führt schliesslich dazu, dass viele Pflegende aus dem Beruf aussteigen (Zhu, Rodgers & Melia, 2015). Es genügt somit nicht, einen Ethikkodex oder eine Richtlinie zu erarbeiten – ein Vorgehen, das viele Organisationen wählen. Es braucht in der Organisation ein damit kongruentes Verhalten. Die Grundsätze müssen Teil der Kultur werden. Das widerspiegelt sich darin, wie mit ethischen Fragen umgegangen wird und es setzt den Massstab, wie die Entscheidungsfindung auf allen Ebenen und unter verschiedenen Umständen abläuft (Pasdar, Chamanzamin & Sotudch, 2014). Umso erstaunlicher ist, dass die Hypothese zum Zusammenhang von Berufsethos und Kündigungsabsicht nicht bestätigt werden konnte (Hypothese H.10). Auch die nicht bestätigte Korrelation von

Berufsethos und Formen der Arbeitszufriedenheit ist überraschend (Hypothese H.9.a und H.9.b). Das Berufsethos der Pflegefachpersonen korreliert einzig mit der progressiven Arbeitszufriedenheit. Eine mögliche Erklärung ist, dass das Berufsethos erst bei einer hohen und differenzierten Arbeitszufriedenheitsform wie der progressiven Arbeitszufriedenheit relevant wird. Dies, weil hohe Arbeitszufriedenheitswerte in der Regel mit guten Arbeitsbedingungen einhergehen, die wahrscheinlich eine Arbeit im Einklang mit den beruflichen Werten ermöglichen.

Für die Arbeit am Organisationsklima könnten Organisationen von verschiedenen Management-Strategien profitieren: beispielsweise von Unterstützungsprogrammen für die Arbeitnehmenden, verbesserter Unterstützung der Mitarbeitenden durch Vorgesetzte, verbesserter Kommunikation, Rückmeldungen und Entwicklungschancen innerhalb der Organisation und von einem stabilen Arbeitsumfeld sowie von Entschädigungen für langjährige Mitarbeitende (Tai, Bame & Robinson, 1998). Cline, Reilly & Moore (2003) nennen wichtige Komponenten für ein langfristig befriedigendes Arbeitsverhältnis und -klima:

- Unterschiedliche und persönliche Rekrutierungsmethoden
- Konkurrenzfähige Löhne und flexible Benefits
- Respekt und Anerkennung
- Ausgezeichnete Kommunikation von Management und Personal
- Angemessene und flexible Personalplanung
- Partizipation in der Entscheidungsfindung
- Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten
- Strategische Zukunftsplanung

### 10.3.4 Kündigungsabsicht in der Pflege

*„I am leaving because of understaffing, because we don't have the human resources, because the skill mix is not right, because I go home at night and I am frustrated and unhappy and unsatisfied with myself that I cannot give the kind of care I want to give. I am frustrated and tired because of the lack of support, because I do not have professional parity, because there is not the teamwork I wanted to see, because my salary and benefits are not what I want. There is not the opportunity for autonomy and for control of workload. My promotional prospects are poor.“<sup>52</sup>*

---

<sup>52</sup>Oulton, 2006

In den 1960er Jahren galt die Familiensituation als Ursache für den Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal, da sich die in der Pflege tätigen Frauen häufig Zeit für die Familie und die Kinder nahmen und nebenbei nicht mehr berufstätig waren. In den 1970er Jahren wurden die fortschrittlichen Technologien, die höher qualifizierte Pflegende forderten, zur Herausforderung. Ausserdem entstanden für Frauen Karrieremöglichkeiten ausserhalb der Pflege. In den 1980er Jahren nahm der Bedarf an qualifizierten Pflegenden weiter zu, obwohl die Verbleibdauer der Patientinnen und Patienten reduziert werden konnte. In den 1990er Jahren kam es zu Kündigungen seitens der Arbeitgeber, da aufgrund von Sparmassnahmen in Spitälern Betten geschlossen wurden und zu den Tätigkeiten in der direkten Pflege zusätzliche Aufgaben hinzukamen.<sup>53</sup> Dass der heutige Personalmangel besonders kritisch ist, liegt unter anderem daran, dass Pflegenden den grössten Teil der Patientenversorgung leisten – sowohl präventiv als auch kurativ. Ausserdem gab es bei früheren Personalkrisen entweder eine wachsende Nachfrage oder eine Abnahme beim Pflegepersonal. In der heutigen Krise sind jedoch Nachfrage und Angebot gleichermassen beteiligt. Einer wachsenden Nachfrage steht gleichzeitig eine Abnahme in der Versorgung gegenüber (für die Gründe siehe Tabelle 10.1).

Tabelle 10.1: Gegenüberstellung der Faktoren, die die Nachfrage erhöhen vs. Faktoren, die das Angebot reduzieren (nach Oulton, 2006)

Faktoren, die die Nachfrage erhöhen	Faktoren, die das Angebot reduzieren
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alternde Population</li> <li>• Globalisierung, grosser privater Sektor</li> <li>• Öffentliche Nachfrage nach Angeboten für eine erhöhte Mobilität</li> <li>• Kürzere Spitalaufenthalte und komplexere Krankheitsbilder</li> <li>• Verschiebung der Patienten vom Spital in Pflegeheime und ambulante Pflegedienste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Arbeitsbedingungen (Belastung, fehlendes Unterstützungspersonal, Stress, Burnout)</li> <li>• Lohnungleichheiten</li> <li>• Geringe Beteiligung bei der Entscheidungsfindung</li> <li>• Veränderungen in den HR-Ansätzen</li> <li>• Alternde Berufsgruppe</li> </ul>

Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass die aktuelle Krise nicht nur den Pflegeberuf betrifft, sondern, dass der Personalmangel auch in anderen Gesundheitsberufen akut ist. Es gibt einerseits den realen Personalmangel und andererseits eine Pseudokrise. Obwohl genügend Personal vorhanden wäre, ist dieses nicht bereit, unter den gegenwärtigen Arbeitsbedingungen zu arbeiten.<sup>54</sup>

<sup>53</sup>Davidson et al., 1997

<sup>54</sup>Oulton, 2006

Obwohl alle Industrien mit der Rekrutierung und Einarbeitung von Personal beschäftigt sind, sieht es für das Gesundheitswesen etwas anders aus. Verschiedene staatliche Einrichtungen und private Interessensträger erhöhen den Druck auf Gesundheitsinstitutionen. Der Druck besteht darin, Kosten auf verschiedenen Ebenen messen zu müssen und Rechenschaft gegenüber Patientinnen und Patienten, Interessensgruppen oder Versicherungen abzulegen. Durch die alternde Population der Baby Boomers, die vor der Pensionierung steht, wird die Abnahme des Personalbestands in der Pflege zu einem Problem. Zusätzlich geht eine Abnahme an Pflegekräften mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko der Patienten einher.<sup>55</sup>

Obwohl sich Länder hinsichtlich Wirtschaft, Politik, Kultur und Gesundheitswesen unterscheiden, teilen die Pflegenden weltweit die gleichen Probleme und Prioritäten. Sie sehen als Hauptprobleme für den Personalmangel und die Unzufriedenheit im Gesundheitswesen die Unterbesetzung, Sicherheits- und Gesundheitsfragen, Überzeit, Privatisierung oder die Anstellung von Hilfskräften.<sup>56</sup> Für die Organisationen des Gesundheitswesens und das Gesundheitswesen selbst ist eines der Hauptprobleme die hohen Kosten, die durch Fluktuationen entstehen. Besonders Fluktuationen von langjährigen und erfahrenen Mitarbeitenden zwingen die Führungskräfte in Spitälern und Kliniken sich mit der Personalerhaltung auseinander zu setzen. Doch oft sehen diese die Kündigungen als unvermeidbare Kosten. Möchte man die tatsächlichen Kosten, die bei Kündigungen entstehen, messen, stellen sich verschiedene konzeptionelle Herausforderungen. Das Gesundheitswesen wird einerseits von Marktkräften getrieben und andererseits durch Regulationen kontrolliert – beides beeinflusst die betriebliche Praxis. Ausserdem besteht in den Kostenelementen eine hohe Variabilität.<sup>57</sup> Für Spitäler und Kliniken ist die Fluktuation von Pflegenden der grösste Kostentreiber. Auch wenn die Fluktuation der Pflegefachkräfte nur gering eingedämmt werden könnte, hätte dies einen signifikanten Einfluss auf die entstehenden Kosten.<sup>58</sup>

Damit die Kosten detailliert und spezifisch für das gesamte Gesundheitswesen berechnet werden können, müssten die Kalkulationsmethoden angepasst werden. Der blosse Transfer von standardisierten Methoden liefert Daten, die für das Management nur von begrenztem Wert sind. Mit innovativen Ansätzen wie dynamischer Systemmodellierung könnte dieser erhöht werden.<sup>59</sup> Jones (2004) machte eine Aufstellung über mögliche Kosten, die vor und nach der Anstellung anfallen können (Abbildung 10.4).

---

<sup>55</sup>Holtom & O'Neill, 2004

<sup>56</sup>Clark & Clark, 2003

<sup>57</sup>Waldmann et al., 2004

<sup>58</sup>Waldmann et al., 2004

<sup>59</sup>Waldmann et al., 2004

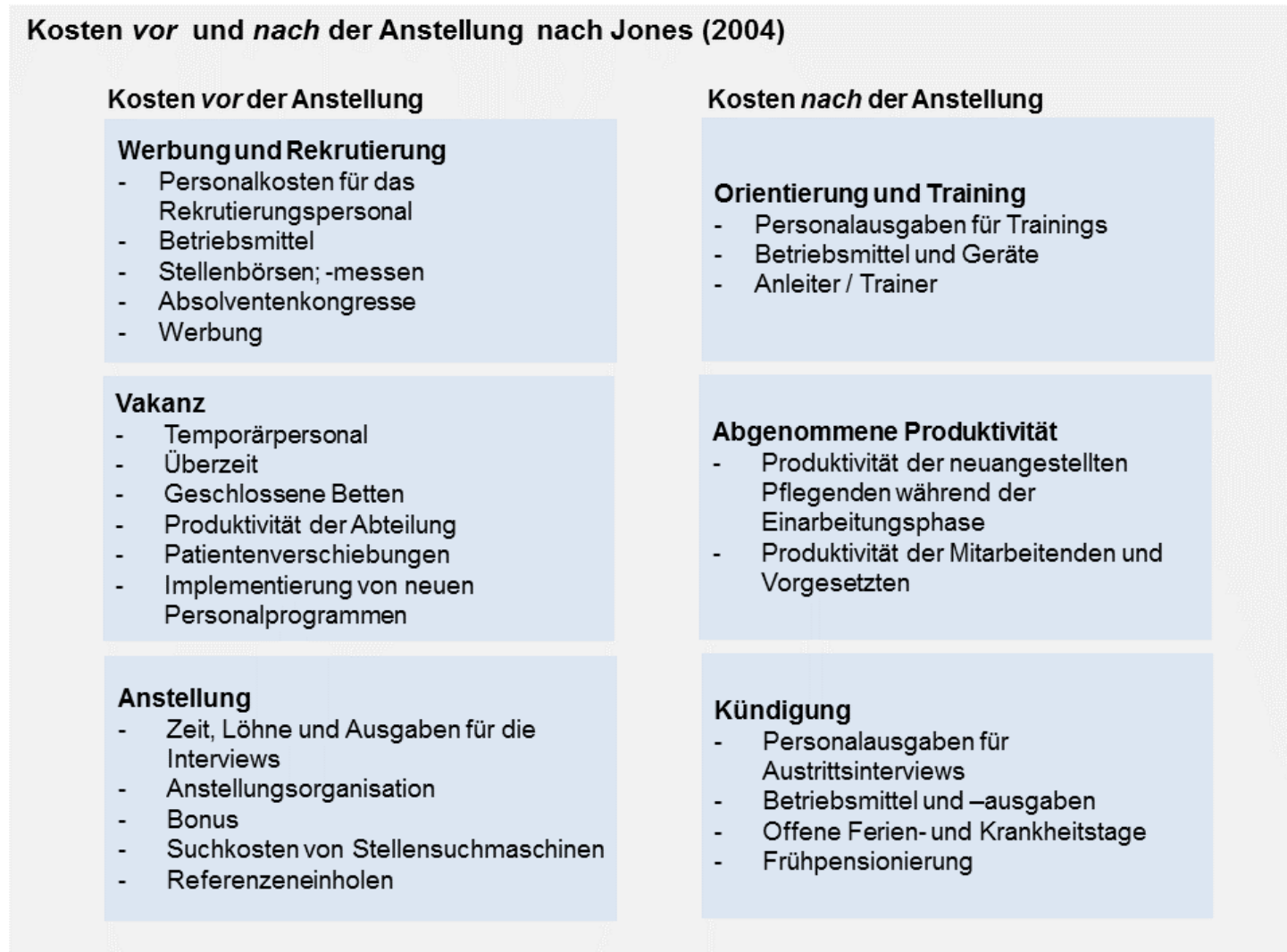


Abbildung 10.4: Kosten vor und nach der Anstellung von Pflegenden nach Jones (2004)

Kündigungen können – neben den erwähnten Nachteilen – auch Vorteile mit sich bringen (siehe Tabelle 10.2). Zu beachten ist allerdings, dass jeder ungeplanten und unnötigen Kündigung vorzubeugen ist, damit eine höhere Stabilität im Personalstab erreicht werden kann. Es besteht kein Konsens darüber, wie die ideale Kündigungszahl aussieht.<sup>60</sup>

Tabelle 10.2: Gegenüberstellung der Kosten und Vorteile von Kündigungen (nach Buchan, 2010)

Kosten	Vorteile
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlust erfahrener Mitarbeitenden</li> <li>• Wissensverlust</li> <li>• Reduktion in der Arbeitsmoral</li> <li>• Einschränkungen auf Ebene der Qualität</li> <li>• Kündigungskosten</li> <li>• Temporäre Kosten für Ersatz</li> <li>• Rekrutierungs und Trainingskosten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neues Blut</li> <li>• Neues Wissen</li> <li>• Erhöhte Arbeitsmoral</li> <li>• Erlaubt Karriereentwicklung</li> <li>• Erhöht die Organisationsflexibilität</li> <li>• Möglichkeit zur Kostenreduktion</li> <li>• Reduktion von Rückzugsverhalten z.B. Abwesenheit</li> </ul>

### 10.3.5 Kündigungsabsicht und berufliche Identität

Wie bereits in früheren Studien gezeigt, hängt eine höhere berufliche Identität mit einer geringeren Kündigungsabsicht zusammen. Den Befund, dass die berufliche Identität und die Kündigungsabsicht signifikant negativ miteinander korrelieren (Hypothese H.8), konnte diese Erhebung bestätigen. Dies impliziert, dass bereits früh im Sozialisationsprozess – also bereits in der Ausbildung – die berufliche Identität aktiv im Aufbau begleitet werden muss. Denn Absolventinnen und Absolventen der Pflege haben eine fragile berufliche Identität. Die kontinuierliche Begleitung und Unterstützung während der ersten Praxiserfahrungen ist entscheidend dafür, ob sie im Beruf bleiben oder schliesslich kündigen.<sup>61</sup> Wiederholt ist hervorzuheben, dass eine schwach ausgeprägte berufliche Identität dazu führen kann, dass Pflegefachpersonen kündigen oder die Profession ganz verlassen.<sup>62</sup> Obwohl sich die Forschung nicht einig ist, stimmen für Auszubildende die persönlichen Vorstellungen und Ideale oftmals nicht mit der Berufsrealität überein. Dies kann mit der sogenannten „Berufswahlreife“ zusammenhängen: Junge Berufswähler können die Berufsrealität weniger gut abschätzen und steigen mit unklaren Vorstellungen

<sup>60</sup>Buchan, 2010

<sup>61</sup>Cowin, 2001

<sup>62</sup>Worthington et al., 2013; Sabanciogullari & Dogan, 2015; Johnson et al., 2012

in den Beruf ein.<sup>63</sup> Ausdruck dafür können viele Stellenwechsel sein. Schaffert et al. (2015) schreiben, dass junge Pflegende in den ersten fünf Jahren im Beruf ihre Stelle mehr als dreimal wechseln. Werden die unerfüllten Erwartungen, die Gründe für einen häufigen Stellenwechsel sein können, auch bei anderen Stellen nicht erfüllt, kann diese Unzufriedenheit auf lange Sicht zu einem Berufsaustieg führen (diese Arbeit zeigte, dass das Alter negativ mit der Kündigungsabsicht korreliert (Hypothese H.16)).<sup>64</sup> Alle erwähnten Entwicklungen stellen Organisationen und Führungskräfte vor grosse Herausforderungen und erfordern neue Führungsfähigkeiten. Im folgenden Exkurs wird auf Generationenunterschiede in der Mitarbeiterführung eingegangen, welche in der Führung von heterogenen Berufsgruppen wie der Pflege wachsende Bedeutung erhalten.

#### **Exkurs: Berücksichtigung von Generationenunterschieden in der Mitarbeiterführung**

Mit dem steigenden Durchschnittsalter in der Pflege wird die Altersstruktur der Belegschaft zunehmend zu einem Führungsanliegen. Dies verdeutlicht Edgar Reisch (2015) treffend:

*„Ein guter Generationenmix muss die Balance zwischen den Babyboomern und der Generation X halten und leistungsfähige Teams zusammenführen. Hier ist die Führungskraft gefordert: Das Interesse des Vorgesetzten für die Bedürfnislage und die beruflichen Perspektiven der Mitarbeiter entscheidet über langfristige Mitarbeiterbindungen. Dazu kommt. Die Zukunft ist weiblich! [...] Zwei Drittel aller Medizinstudierenden sind Frauen. Wir sehen deshalb die Notwendigkeit, unsere Anstrengungen zu verstärken, um die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu ermöglichen: neue Arbeitszeitmodelle, Karriereoptionen für Teilzeitbeschäftigte, Förderung von Frauen in Führungspositionen etc.“*

Im Folgenden wird auf die Generationenunterschiede in der Mitarbeiterführung eingegangen. Tourangeau und Cranley (2006) haben sechs Prädiktoren für einen positiven Verbleib der Pflegenden identifiziert (siehe dazu Hypothese H.2). Das Alter ist der stärkste Prädiktor. Je älter eine Pflegende ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass sie in der Stelle verbleibt (siehe Hypothese H.17). Eine weitere Herausforderung ist, dass heute ein Beruf nicht mehr als lebenslange Entscheidung erachtet wird, sondern dass im Laufe des Berufslebens mehrere Karrieren möglich sind. In einigen Berufen ist es schwierig, ausserhalb des erlernten Berufs eine Stelle zu finden. Studien zeigen jedoch, dass dies auf den Pflegeberuf nicht zutrifft. Die Fähigkeiten und Erfahrungen von Pflegenden sind auch ausserhalb des Pflegeberufs gefragt. Das bietet Möglichkeiten für alternative Karrieren. Besonders Pflegende mit höheren Abschlüssen wechseln eher in einen anderen Bereich (Duffield et al., 2004). Somit trifft der Befund, dass ältere Pflegende eher im Beruf verbleiben hauptsächlich auf die Generation der zwischen 1943 und 1960 Geborenen zu. Die Generation X, geboren zwischen 1961 und 1980 wechselt die Arbeitsstellen häufiger (Tourangeau & Cranley, 2006).

<sup>63</sup>Veit, 1998

<sup>64</sup>Schaffert et al., 2015



Die Generationenunterschiede stellen für viele Branchen eine Herausforderung dar. Erstmals arbeiten so viele Generationen Seite an Seite. Junge Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer arbeiten mit Arbeitskolleginnen und -kollegen oder Unterstellten, die so alt sind wie ihre Eltern. Auch kämpfen alle Generationen zusammen um Führungspositionen. Früher waren Arbeitnehmende mittleren Alters im mittleren Management angesiedelt, die Jüngeren unter ihnen und die Älteren oberhalb. Eine Durchmischung der Generationen innerhalb der Hierarchie war selten (Gursoy, Maier & Chi, 2008).

Gursoy, Maier & Chi (2008) untersuchten Generationenunterschiede und -gemeinsamkeiten von drei Generationen: Baby Boomers (1943-1960), Generation X (1961-1980) und Millennials (1981-2000). Tabelle 10.3 gibt einen Überblick über die Charakteristiken jeder Generation (Gursoy, Maier & Chi, 2008).

Da sich die Generationen so stark voneinander unterscheiden, braucht es Führungsstrategien, die diese Lücken überbrücken. So ist ein Top-down und sehr bürokratisches Management bei jüngeren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern nicht effektiv. Es braucht flexiblere Regeln und Führungsansätze, die sich an der Anerkennung, den Generationenwerten und dem Einbezug von Mitarbeitenden orientiert, damit eine grössere Work-Life-Balance hergestellt werden kann. Ein erster Schritt für Führungskräfte ist die Anerkennung, dass jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter anders ist. Die Generationenunterschiede sind oft eine Frustrationsquelle für Führungskräfte, wenn sie diese als potentielle Problemfelder erachten. Jeder Mitarbeitende bringt einzigartige Erfahrungen mit, die seine Arbeitseinstellung beeinflusst haben. Diese Unterschiede können positive aber auch negative Einflüsse auf die Organisation haben. Wenn die Führungskräfte jedoch lernen, diese Unterschiede wertzuschätzen, sich auf die positiven Merkmale zu konzentrieren und die Stärken, die jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter mit sich bringt, zu berücksichtigen, können sie die Generationenunterschiede fruchtbar machen und ein positives Arbeitsumfeld schaffen. Die Organisationsentwicklung kann von einem positiven mitarbeiterzentrierten Dialog profitieren, da die Diversität überbrückt wird und die Organisationsziele mit den menschlichen Bedürfnissen kombiniert werden (Gursoy, Maier & Chi, 2008; Westendorf, 2007). Wenn innerhalb der Arbeitsgruppe eine positive Stimmung herrscht, wird auch die Einstellung den Arbeitskolleginnen und -kollegen gegenüber verbessert. Deshalb müssen Organisationen Wege finden, die generationenübergreifende Interaktion zu verbessern.

### **Lösungsansatz**

Welche Strategien könnten beigezogen werden, um die Generationen zu führen? Da für die Baby Boomer Generation Respekt und Anerkennung wichtig sind, können Organisationen Programme entwickeln, in denen sie über die Unterstützung und die Ausbildung von anderen den Respekt erhalten, den sie suchen. Während die Baby Boomer kritisieren, dass die jüngere Generation ihre Erfahrung nicht schätzt, fehlen der jüngeren Generation die Rollenvorbilder. Eine Programmform wären beispielsweise Mentoring-

Programme. Wenn die Baby Boomers mit jüngeren Mitarbeitenden zusammenarbeiten, sollten sie verstehen, dass diese arbeiten, um zu leben und ihnen die Work-Life-Balance wichtig ist, sie mit Autorität Mühe haben und nach Autonomie streben. Wenn nun von der Generation X erwartet wird, dass sie zu oft lange arbeiten und sehr viel für die Arbeit opfern müssen, werden die durchschnittlichen Vertreterinnen und Vertreter der Generation X auf Arbeitssuche gehen. So sind für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer dieser Generation flexible und ausgeglichene Arbeitszeiten sinnvoll. Um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Generation X und die Millennials zu motivieren, braucht es klare Kommunikation, klare Ziele, Autonomie und Ressourcen, damit die Ziele erreicht werden können sowie konstruktives Feedback und Lob. Da jüngere Generationen mit Multitasking vertraut sind, ist zu empfehlen, ihnen verschiedene Aufgaben zu geben und ihnen die Priorisierung zu überlassen. Wenn nun die Generation X ältere Mitarbeitende führt, sollten diese Führungskräfte darin ausgebildet werden, wie mit älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umzugehen ist. Wichtig sind der Respekt vor der Erfahrung und das Bewusstsein gegenwärtigen Lernens (Gursoy, Maier & Chi, 2008; Westendorf, 2007). Arbeiten Führungskräfte mit Millennials zusammen, sollten sie sich bewusst sein, dass sie trotz Ähnlichkeiten mit der Generation X viele Unterschiede haben. Millennials müssen stetig gegen das Bild „des Kindes“ ankämpfen. Deshalb sollten sie mit Respekt behandelt und für ihre innovativen Perspektiven wertgeschätzt werden. Damit die Millennials sich wichtig und als Teil des Teams fühlen, ist zu empfehlen, sie nach ihrer Meinung zu fragen. Sie suchen Herausforderungen und können motiviert werden, indem ihnen mehr Verantwortung übertragen wird (Gursoy, Maier & Chi, 2008).

In der Pflege lassen sich in Anlehnung an die vorhergehenden Ausführungen die Kündigungsgründe differenzieren. Pflegende der Generation X steigen aufgrund der negativen Work-Life-Balance aus dem Beruf aus. Für die Baby Boomer Generation ist die exzessive Arbeitsbelastung oft ein Kündigungsgrund (Hayes et al., 2012).

Tabelle 10.3: Überblick über die Charakteristiken jeder Generation (nach Gursoy, Maier & Chi, 2008)

---

#### **Baby Boomers (1943-1960)**

- Leben für die Arbeit
  - Respektieren Autoritäten und Hierarchien am Arbeitsplatz
  - Sind loyal
  - Erfahrung ist sehr wichtig und sollte bei Beförderungen eine Rolle spielen
  - Wichtig ist ein sicherer Arbeitsplatz
  - Arbeiten nach den Regeln und sind resistent gegenüber Veränderungen, weil sie die Dinge so mögen, wie sie schon immer gemacht wurden
  - Multitasking liegt ihnen weniger
  - Leben grosszügig und wollen verantwortlich sein
-

---

**Generation X (1961-1980)**

- Reagieren auf unmittelbare Belohnung
- Sind eher ungeduldig
- Erfahrung ist weniger wichtig (wenn gute Arbeit geleistet wurde, dann erwarten sie unmittelbare Anerkennung sei es in Titel, Lob, Beförderungen oder Bezahlung)
- Wenn ein Problem besteht, wird es gelöst
- Arbeiten um zu leben, das Leben ausserhalb der Arbeit ist sehr wichtig (wollen das Leben nicht für die Arbeit opfern), kämpfen für eine gute Work-Life-Balance
- Bevorzugen flexible Arbeitszeiten, Unabhängigkeit, berufliches Wachstum, Mentoren, spannende Arbeit und Freizeit
- Haben kein Problem damit, Autoritäten zu hinterfragen
- Identifizieren sich mit dem einsamen Wolf
- Freunde in wichtigen Positionen

---

**Millennials (1981-2000)**

- Je mehr Leute desto besser; glauben an die Kraft des Kollektivs
  - Sehen der Zukunft optimistisch entgegen
  - Auch wenn sie noch nicht lange an einem Ort arbeiten, zeigen sie grosse Begeisterung anzupacken
  - Sind unabhängig, selbstbewusst und ausdrucksstark
  - Sie wollen Anerkennung und Respekt, weil sie viel von sich selbst in die Arbeit stecken
  - Erwarten von Führungskräften, dass sie die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kennen und ihnen persönliche Aufmerksamkeit schenken
  - Wollen sich Karrieremöglichkeiten offenhalten
  - Bevorzugen flexible Arbeitszeiten
  - Arbeit ist nicht die höchste Priorität, sondern Freunde und die Familie
  - Sind harte und ambitionierte Arbeitnehmende
  - Das grösste Problem, dass sie haben ist, dass sie sich aufgrund ihres Alters nicht ernst genommen fühlen
  - Regeln sind da, um gebrochen zu werden
- 

Schaffert et al. (2015) untersuchten den Verbleib von Absolventinnen und Absolventen im Pflegebereich.<sup>65</sup> Nach einem Jahr sind bereits 8% nicht mehr im Pflegebereich tätig. Rund 15% hatten mit einer Aus- oder Weiterbildung<sup>66</sup> begonnen, weil sie auf der Suche

---

<sup>65</sup>Schaffert et al., 2015

<sup>66</sup>Heute werden immer mehr Zusatzausbildungen und Fortbildungen besucht, um ein „Alleinstellungsmerkmal“ auf dem Arbeitsmarkt zu erwerben und den eigenen Marktwert zu erhöhen. „Es geht als

nach neuen Herausforderungen waren oder sich weiterentwickeln wollten. Das kann bedeuten, dass der Pflegeberuf inhaltlich nicht genug Herausforderungen bietet, dass die angestrebten Karriere- und Entwicklungsziele mit der aktuellen Ausbildung nicht erreicht werden können oder dass die Ausbildung die Absolventen nicht genügend auf den Praxisalltag vorbereitet. Ausserdem nimmt die berufliche Identifikation bei 31% innerhalb eines Jahres ab. Die Hauptgründe für den Berufsausstieg sind „*Andere Interessen als Pflege*“, „*Unregelmässige Arbeitszeiten und Schichtarbeit*“, „*Lohn*“, „*Arbeitsbelastung aufgrund von Zeitdruck und Personalmangel*“ und „*Vereinbarkeit von Beruf und Familie*“. Diesbezüglich am wichtigsten eingestuft werden Verbesserungschancen hinsichtlich des Lohns, der Vereinbarkeit von Beruf mit Familie und Freizeit, der Unterstützung durch das Management sowie hinsichtlich der unregelmässigen Arbeitszeiten. In diesen Bereichen erwarten mehr als zwei Drittel eine Verbesserung, damit sie sich vorstellen können, längerfristig im Beruf zu verbleiben. Etwas mehr als 50% der befragten Teilnehmenden erwarten auch in den Bereichen Arbeitsklima, interprofessionelle Zusammenarbeit, Zeitdruck, Skill und Grade-Mix und gesellschaftliche Anerkennung eine Verbesserung. Mehr als 45% der Befragten wünschten sich eine Verbesserung der Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie bezüglich des Umfangs des Patientenkontakts.<sup>67</sup>

In Abbildung 10.5 sind die Pro- und Kontraargumente, den Pflegeberuf wieder zu ergreifen – wie sie in dieser Arbeit erhoben wurden – einander gegenübergestellt.

Was positiv auffällt, ist, dass der Arbeitsinhalt als spannend und befriedigend erlebt wird. Negativ werden die Rahmenbedingungen wie Stress, Schichtarbeit oder der Personalmangel erlebt. Diese Ausführungen decken sich mit den obenerwähnten Ergebnissen. Es fällt auf, dass die pflegetypischen Berufscharakteristiken wie die Schichtarbeit, der Stress, die psychische und physische Belastung gleichzeitig auch diejenigen Faktoren sind, die dagegen sprechen, den Pflegeberuf wieder zu ergreifen. Dies könnte damit zu tun haben, dass einerseits bei Ausbildungsbeginn ein romantisierendes und idealisiertes Bild der Pflege vorherrscht und andererseits für die Motivation den Pflegeberuf

Was spricht dafür, den Pflegeberuf wieder zu ergreifen und was spricht dagegen?	
Pro	Kontra
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spannend</li> <li>• Vielseitig</li> <li>• Nahe am Menschen</li> <li>• Sinnhafte Tätigkeit</li> <li>• Entwicklungsmöglichkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schichtarbeit</li> <li>• Körperlich anstrengend</li> <li>• Psychisch belastend</li> <li>• Stressig</li> <li>• Hohe Erwartungen</li> <li>• Tendenz zur Mechanisierung</li> <li>• Wenig Zeit für die Patientinnen und Patienten</li> <li>• «Hierarchiegehebe»</li> <li>• Fehlende Anpassung der Strukturen</li> <li>• Dienst am Menschen, aber fehlende Selbstverwirklichung</li> </ul>

Abbildung 10.5: Pro- und Kontraargumente, den Pflegeberuf wieder zu ergreifen

nicht darum, etwas Nützliches zu können, sondern irgendetwas Beliebigen, sei es schädlich oder nützlich, besser zu können als andere. An die Stelle von Bildung und Ausbildung ist kaum bemerkt die Qualifizierung getreten. Dadurch wird nicht Klugheit oder Lebenstüchtigkeit befördert, sondern die Anpassungsfähigkeit an die Erfordernisse von Markt und Apparat.“ (Gronemeyer, 2012, 115)

<sup>67</sup>Schaffert et al., 2015

zu ergreifen, nämlich der Patientenkontakt, immer weniger Zeit zu Verfügung steht. Die Kombination von einem Beruf im Dienste der Patientinnen und Patienten gepaart mit hoher Arbeitsbelastung und psychischer sowie physischer Belastung und viel Stress verfügt über Charakteristiken, die einen langfristigen Verbleib im Beruf in Frage stellen – besonders wenn auf der anderen Seite die Motivation zu kurz kommt. Diese Erkenntnisse bestätigt zudem Hypothese H.15. Nahezu alle Aussagen zum Arbeitsalltag in der Pflege und zu den Veränderungen im Pflegeberuf korrelieren signifikant mit der ersten Phase der Kündigungsabsicht, dem Denken an eine Kündigung. Die Aussagen zum Arbeitsalltag in der Pflege korrelieren signifikant positiv mit den Phasen der Kündigungsabsicht (Abbildung 10.6). Die Veränderungen im Pflegeberuf korrelieren signifikant negativ mit dem Denken an eine Kündigung (Abbildung 10.7). Für die anderen Phasen des Mobley-Modells fallen die Korrelationen nur teilweise signifikant aus, diese werden deshalb auch nicht grafisch dargestellt.

Stress, Druck und eine hohe Arbeitsbelastung sind Faktoren, die den Gedanken an eine Kündigung fördern. Die Aufwertung des Pflegeberufs durch mehr Mitsprache, Selbstständigkeit und Professionalisierung sind Punkte, die für die befragten Pflegenden die Kündigungsabsicht reduzieren (würden). Das aufgewertete Berufsbild ist ein wichtiger Einflussfaktor – nicht nur für die Reduktion der Kündigungsabsicht, sondern auch für den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer stabilen beruflichen Identität. Wie könnte nun gegen die „*vermeidbaren*“ Kündigungen vorgegangen werden? Mit Strukturanpassungen und einem Abbau der starren Hierarchien in den Organisationen könnten die Motivation und die Attraktivität des Pflegeberufs gesteigert sowie die Selbstständigkeit und Expertise der Pflegefachkräfte gefördert werden.

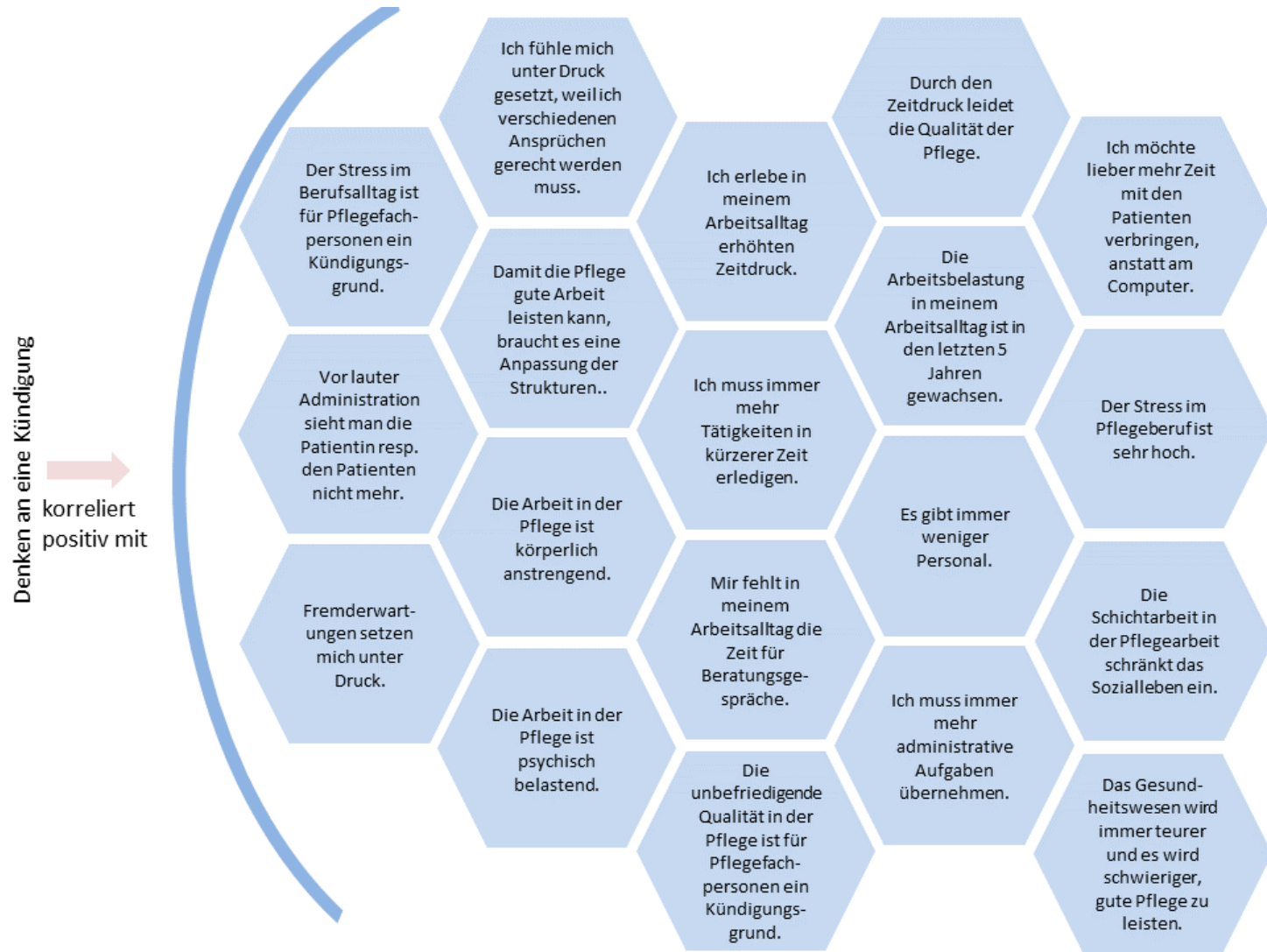


Abbildung 10.6: Die Veränderungen im Pflegeberuf, die signifikant positiv mit dem Denken an eine Kündigung korrelieren



Abbildung 10.7: Die Veränderungen im Pflegeberuf, die signifikant negativ mit dem Denken an eine Kündigung korrelieren

#### Exkurs: Magnetspitäler

Einen wichtigen Beitrag zum Umgang mit der Arbeitsunzufriedenheit und der Fluktuation von Pflegefachpersonen liefert die Idee der Magnetspitäler. Magnetspitäler kamen erstmals in den frühen 1980er Jahren auf. Im Zuge des damaligen Personalmangels in der Pflege wurde eine Studie durchgeführt, die Charakteristiken von Spitälern identifizieren wollte, die als «Magnete» für Pflegefachpersonen funktionieren. Das bedeutet, dass diese Spitäler den Personalbestand an gut qualifizierten Pflegenden aufrechterhalten und kontinuierlich gute Pflege leisten konnten. Studien zeigten, dass die Kündigungsrate von Pflegefachpersonen in Magnetspitälern signifikant geringer und die Arbeitszufriedenheit signifikant höher ist als in „*Kontrollspitälern*“.

Seit den 1990er Jahren akkreditiert das American Nurses Credentialing Center (ANCC) Magnetspitäler (Buchan, 1999). In 20 US-Bundesstaaten wurde die Akkreditierung von Magnetspitälern bereits vorangetrieben. Auch ausserhalb der USA gibt es anerkannte Magnetspitäler, beispielsweise in Australien, Neuseeland oder Singapur. In Europa gibt es kein Magnetspital oder ein Äquivalent zu dieser Akkreditierung (Aiken et al., 2012). Bis 2010 wurden in den USA 344 Spitäler akkreditiert, in Australien zwei, in Neuseeland und im Libanon je eines (Chen & Johantgen, 2010).

Ein partizipativer Führungsstil, wie beispielsweise der transformationale Führungsstil, ist eine der Grundphilosophien der Magnetspitäler. Führungskräfte erreichen dadurch eine höhere gegenseitige Motivation.

Darüber hinaus kann die Kündigungsrate von Pflegenden reduziert werden, da sie sich in einem Umfeld von Kontrolle über die eigene Tätigkeit, Autonomie, guter Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, angemessenem Personalbestand und Einfluss in der Organisation sehen. Dahingehend, dass ihre Handlungen einen Einfluss auf die Patientenbetreuung oder die Effektivität der Organisation haben (Larrabee et al., 2003). Es gibt acht Merkmale, die Magnetspitäler charakterisieren (Westendrof, 2007):

- Unterstützung bei Ausbildungen
- Arbeit mit kompetenten Arbeitskolleginnen und -kollegen
- Positive Arzt-Pflege-Beziehung
- Autonomie der Pflege
- Arbeitskultur, in der der Schwerpunkt auf den Patientinnen und Patienten liegt
- Kontrolle über die pflegerischen Tätigkeiten
- Angemessener Personalbestand
- Administrative Unterstützung



Oulton (2006) schlägt unter anderem Lösungsvorschläge vor, um der Personalkrise im Gesundheitswesen zu begegnen:

- Besseres Verständnis der Bevölkerung, was Pflegende tun und können
- Bessere Ausbildung und Trainings des HR-Personals
- Beteiligung der Pflege an Richtlinien – auch auf politischer Ebene
- Anstrengungen die Diskrepanz zwischen Ausbildung und Praxis zu schliessen
- Reduktion und Regelung der Arbeitsmenge
- Unterstützende Infrastrukturen
- Förderung von Magnet-Spitäler-Eigenschaften
- Unterstützende Führung
- Förderung von kollegialen Beziehungen in Teams
- Verbesserte Leistung und Produktivität gepaart mit Sicherheitsmassnahmen
- Mehr Kapazität der Pflegenden um zu delegieren und zu überwachen
- Ausbildung von starken Führungskräften

Eine Massnahme, den Pflegeberuf aufzuwerten, geschah in der Schweiz durch die Anpassung der Löhne. Doch der zusätzliche monetäre Anreiz schaffte es nicht, die Fluktuation zu stabilisieren. Effektiver wäre es, wenn eine verbesserte Arbeitszufriedenheit erreicht werden könnte. Da der Pflegeberuf auch noch heute als Frauenberuf gilt, könnte eine weitere Anpassung der Arbeitsbedingungen und Löhne einen grossen Einfluss auf das Berufsbild und das Ansehen des Pflegeberufs haben.<sup>68</sup> Neben den Anforderungen, die zu physischer und emotionaler Erschöpfung führen können, gibt es auch Ressourcen, die die Resilienz von Pflegenden stärken könnten.<sup>69</sup>

Auch der Übergang von Ausbildung und Praxis benötigt Aufmerksamkeit: Obwohl die Mehrheit der Befragten in der Studie von Schaffert et al. (2015) den Berufseinstieg als problemlos erlebt, ist er für 16% schwierig. Für 30% war das Problem, dass ihnen das Praxiswissen fehlte und sie die eigenen praktischen Fähigkeiten als zu niedrig einschätzten. Dazu gehörten die Fähigkeit, vorhandenes Wissen auf neue Situationen anzuwenden, situationsgerechte Kommunikation mit Patientinnen und Patienten, gesundheitliche Probleme der Patientinnen und Patienten zu erkennen oder die Fähigkeit zu selbstverantwortlichem Handeln. Auch die Arbeit unter Zeitdruck und die fehlende Zeit für einzelne Tätigkeiten werden von den Absolventinnen und Absolventen als Herausforderung erlebt.<sup>70</sup> Für sie ist es bis zu einem gewissen Grad normal, eine Dissonanz zwischen Theorie und Praxis zu erleben. In der Praxis gelten andere Regeln, Ziele und Machtverhältnisse

---

<sup>68</sup>Barron & West, 2005

<sup>69</sup>Verplanken, 2004

<sup>70</sup>Schaffert et al., 2015

als in den Ausbildungsstätten. was für den Aufbau einer stabilen beruflichen Identität herausfordernd ist.<sup>71</sup> So erfahren Absolventinnen und Absolventen nach der Ausbildung, dass sie zwar kompetent und respektiert sind, aber dass es für die Professionalität mehr braucht als das erfolgreiche Absolvieren der theoretischen Ausbildung.<sup>72</sup>

Der Fokus auf den Kündigungen ist allerdings nur ein Teil des Gesamtbildes. Wichtig ist auch, diejenigen Pflegenden im Blick zu haben, die in der Organisation bleiben. Die Beschäftigung mit der Erhaltung und Bindung des Personals ist aus verschiedenen Gründen wichtig: Spitäler mit geringen Kündigungsraten haben die tiefsten Mortalitätsraten und kürzere Aufenthaltsdauern der Patientinnen und Patienten. Organisationen, die tatsächlich in der Lage sind, Pflegefachkräfte zu halten, sollten dennoch ein regelmässiges Monitoring der Kündigungsabsicht in ihrer Organisation durchführen, beispielsweise im Rahmen von persönlichen Gesprächen über die Entwicklungsmöglichkeiten der Mitarbeitenden. Dies insbesondere, weil sich die Kündigungsabsicht über ein Jahr erstreckt, bis es zur tatsächlichen Kündigung kommt. Vor allem junge und unerfahrene Pflegende könnten vom regelmässigen Austausch sowie von Unterstützungs- und Entwicklungsmöglichkeiten profitieren. Sobald die berufliche Rolle gemeinsam besprochen und ihre Entwicklung geplant werden, kann der Wunsch beispielsweise nach Autonomie oder Einflussmöglichkeiten bei Entscheidungen realistisch umgesetzt werden. So ist eine Organisation in der Lage, grosses soziales Kapital zu entwickeln und eine faire und gerechte Kultur aufzubauen. Gleichzeitig wird empfohlen, Ausstiegsgespräche zu führen, um die Kündigungsgründe zu verstehen. Diese Informationen können die Gestaltung der Arbeitsbedingungen unterstützen.<sup>73</sup>

In Zukunft braucht es allerdings mehr Interventionsstudien, die verschiedene Massnahmen zur Bewahrung der Mitarbeitenden untersuchen, um festzustellen, ob tatsächliche Kündigungen dadurch wirklich vorzubeugen sind. Ebenfalls sollte untersucht werden, was Pflegende im Beruf hält. Dazu könnten Pflegende mit einer langen Karriere in der Pflege befragt werden.<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup>Die berufliche Identität wird in einem dreistufigen iterativen Prozess überarbeitet und verändert. In einer ersten Phase wird das adäquate Verhalten für die Praxis eruiert. Diese permanente Reflexion ist eine wichtige Voraussetzung, damit das Interesse und die Motivation zur Weiterentwicklung erhalten bleiben. In der zweiten Phase der Realisierung der beruflichen Praxis entwickeln die Pflegenden ein Bewusstsein für die Arbeitsinhalte. Das befähigt sie zum Erkennen von Diskrepanzen, zum Erfahren von Dissonanzen und zur Ausbalancierung von Differenzen. Mit verbesserten Fähigkeiten und grösserem Bewusstsein für die berufliche Praxis wird auch die berufliche Identität stabiler. In der dritten Phase können sie aktiv eine berufliche Identität entwickeln, die erfahrungsbasiert ist und auf nachhaltigen Konzepten über die Berufspraxis gründet. Beeinflusst wird der Gesamtprozess von den Erwartungen an den Beruf, dem Status in der Gesellschaft und der Unterstützung durch die Organisation. (MacIntosh, 2003)

<sup>72</sup>MacIntosh, 2003

<sup>73</sup>Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010; Cortese, 2012

<sup>74</sup>Flinkman, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010

### 10.3.6 Berufliche Identität und Arbeitszufriedenheit

Dem Ergebnis, dass eine höhere berufliche Identität mit höheren Ausprägungen in der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit – also den beiden Arbeitszufriedenheitsformen, die auf eine nachhaltige Arbeitszufriedenheit hindeuten – einhergeht (Hypothese H.5.a), kommt vor dem Hintergrund, dass die progressive und stabilisierte Arbeitszufriedenheit signifikant negativ mit der Kündigungsabsicht nach Mobley korreliert sind, besondere Bedeutung zu (Hypothese H.12). Diesen Befund unterstützt auch das Ergebnis, dass die berufliche Identität negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit korreliert (Hypothese H.5.b). Das bedeutet, je höher die Werte für die berufliche Identität sind, desto geringer fallen die Ausprägungen für die Arbeitsunzufriedenheit aus (Abbildung 10.8).

Der Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht wird als Einschub an dieser Stelle kurz erläutert: Je höher die Ausprägungen in der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit sind, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit an eine Kündigung zu denken, eine annehmbare Alternative zur gegenwärtigen Stelle zu finden, im kommenden halben Jahr eine neue Stelle zu suchen und die jetzige Stelle zu kündigen. Gegenteilig fällt das Ergebnis für die konstruktive und die fixierte Arbeitsunzufriedenheit sowie für die resignative Arbeitszufriedenheit aus. Sie korrelieren signifikant positiv mit den Phasen der Kündigungsabsicht. Damit kann diese Erhebung die Resultate aus früheren Studien bestätigen, die einen robusten Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht fanden sowie zeigten, dass Pflegefachpersonen mit ausgeprägter beruflicher Identität eine höhere Arbeitszufriedenheit aufweisen.<sup>75</sup> Das Ergebnis hat allerdings Neuigkeitswert, weil erstmals zwischen den verschiedenen Formen der Arbeitszufriedenheit unterschieden wurde. Das ist für Forschung und Praxis ein wichtiger Befund, fallen die Werte in Arbeitszufriedenheitsmessungen in der Regel eher hoch aus. Doch Arbeitszufriedenheit ist nicht gleich Arbeitszufriedenheit. Eine Unterscheidung der verschiedenen Formen liefert Hinweise auf die Entstehung von Arbeitszufriedenheit resp. Arbeitsunzufriedenheit und für den Umgang damit in Organisationen. In Kombination mit der Kenntnis über vielfach bestätigte Einflussfaktoren aus anderen Studien könnten erweiterte Modelle zur Entstehung von Arbeitszufriedenheit entwickelt werden.

---

<sup>75</sup>Sabanciougullari & Dogan, 2014; Johnson et al., 2012

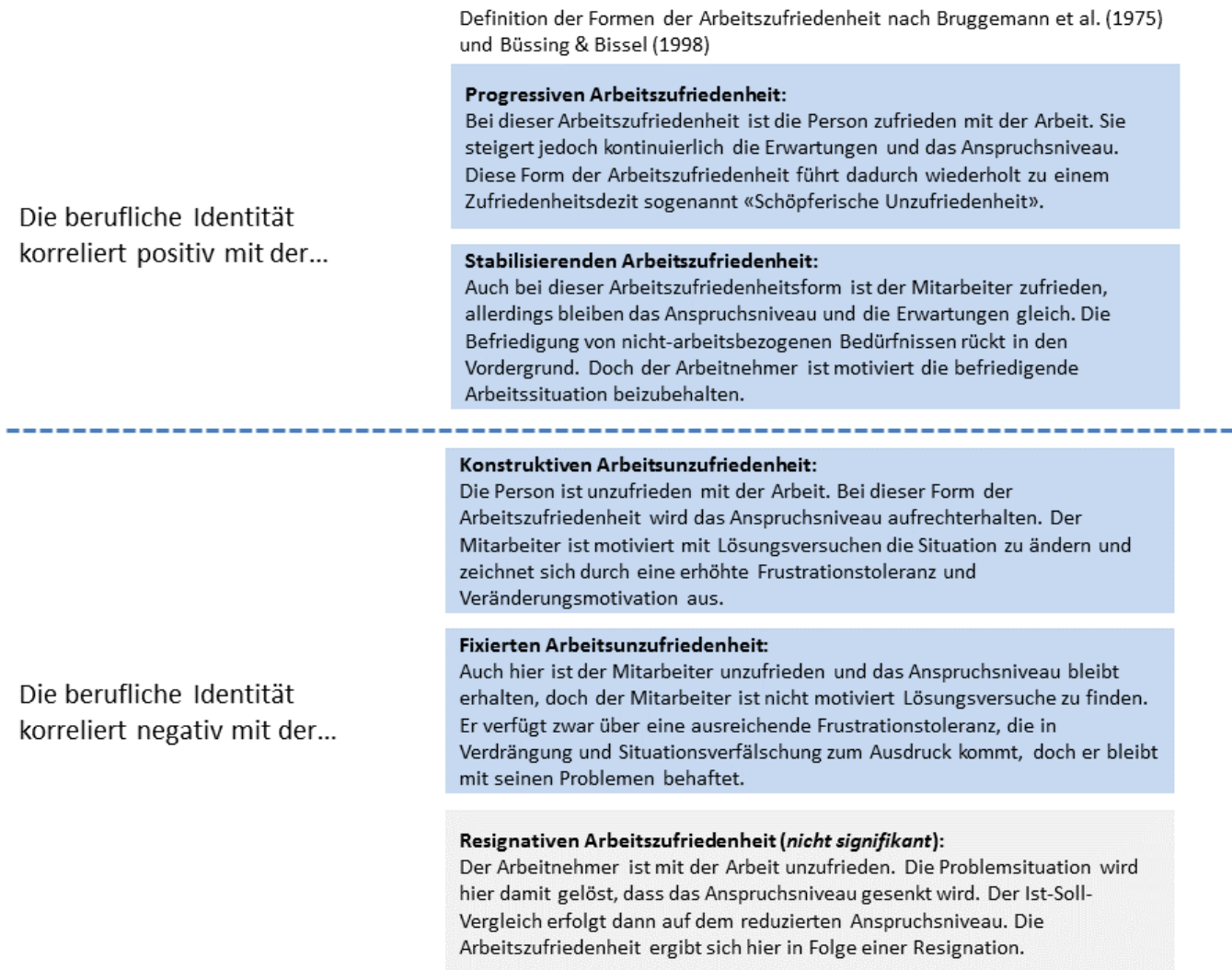


Abbildung 10.8: Berufliche Identität und Formen der Arbeitszufriedenheit

Was jedoch immer berücksichtigt werden sollte, ist, dass die Arbeitszufriedenheit dynamisch ist und sich über die Zeit verändert.<sup>76</sup> Die Differenzierung der verschiedenen Arbeitszufriedenheitsformen liefert Informationen über die Kongruenz von Arbeitssituation und Anspruchsniveau, über die wahrgenommene Kontrollierbarkeit der Arbeitssituation und über die Erhöhung, Aufrechterhaltung oder Senkung des Anspruchsniveaus durch die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer (siehe dazu Kapitel 7.4.3 Das Bruggemann-Modell).

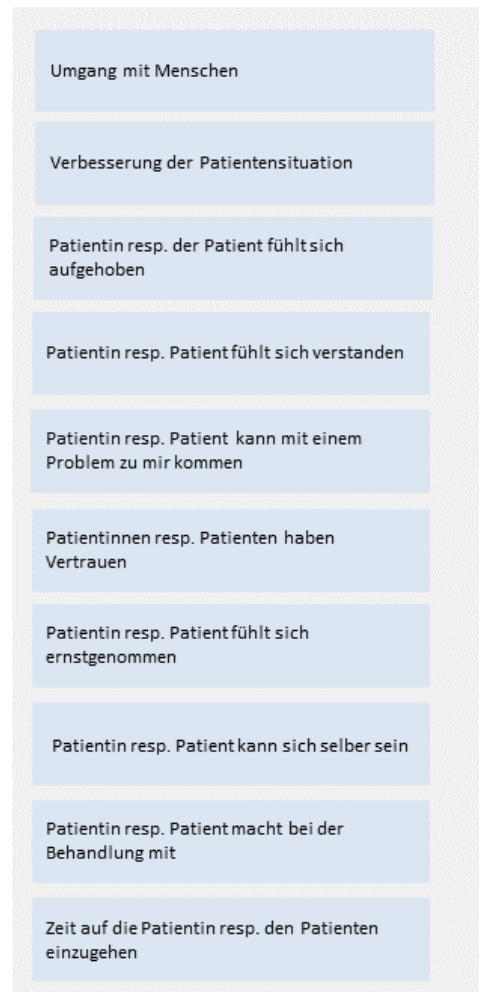
Doch zurück zur beruflichen Identität und ihren Korrelaten: Das oben erwähnte Ergebnis impliziert einerseits, dass durch die Unterstützung in der Entwicklung der beruflichen Identität auch die stabilisierte und die progressive Arbeitszufriedenheit gefördert würden oder andererseits, dass durch eine Verbesserung der stabilisierten und progressiven Arbeitszufriedenheit die berufliche Identität gestärkt werden könnte. Gestützt werden die Befunde von Hypothese H.5.a und H.5.b durch die Resultate zu Hypothese H.6, die besagt, dass eine höhere berufliche Identität mit höheren Werten in den zufriedenheitsauslösenden Situationen einhergeht. Diese Situationen wurden für diese Erhebung aus den qualitativen Leitfadeninterviews abgeleitet und bestätigen frühere Befunde. Befragte Pflegefachpersonen mit höheren Werten in der beruflichen Identität erleben Situationen, wie eine menschliche Arbeit oder Herausforderungen im Beruf eher als zufriedenheitsauslösend als Pflegefachpersonen mit geringeren Ausprägungen.

In Abbildung 10.9 wird ersichtlich, dass viele zufriedenheitsauslösende Situationen durch die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten ausgelöst werden. Bei der Arbeit selbst ist der Arbeitsinhalt massgebend dafür, dass sich Zufriedenheit einstellt. Ebenfalls eine wichtige Komponente ist die Selbstwirksamkeit.

---

<sup>76</sup>Broda & Norman, 1997

**Zufriedenheitsauslösende Situationen –  
Patientenorientiert**



**Zufriedenheit**

**Zufriedenheitsauslösende Situationen –  
Arbeit(-sbedingungen)**

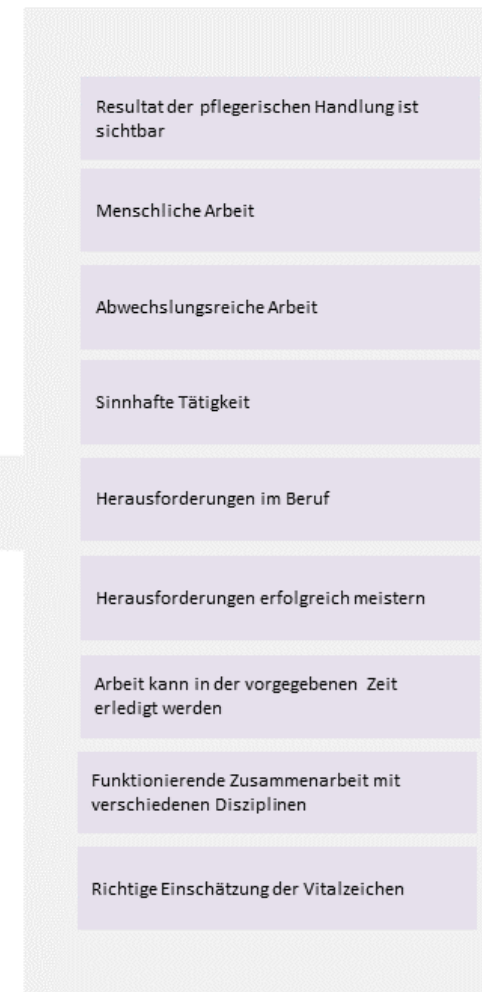


Abbildung 10.9: Zufriedenheitsauslösende Situationen – Patientenorientiert vs. Arbeit(-sbedingungen)

Dieses Ergebnis steht in Zusammenhang mit dem Job-Characteristics-Modell von Hackman & Oldham aus dem Jahr 1976, eines der bekanntesten und international verbreitetsten Modelle zur Arbeitsplatzanalyse. Das Modell besagt, dass eine Tätigkeit mit Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit, Bedeutsamkeit, Autonomiemöglichkeit und Rückmeldungen über die Aufgabenerfüllung positive Auswirkungen auf die Motivation, die Arbeitsleistung und -zufriedenheit hat und die Fluktuation reduziert. Dies, weil drei psychologische Grunddimensionen über die Tätigkeitscharakteristiken bestimmt werden:

- Die erlebte Bedeutsamkeit der eigenen Arbeitstätigkeit
- Die erlebte Verantwortung für die Ergebnisse der eigenen Arbeitstätigkeit
- Das Wissen über die aktuellen Resultate, vor allem über die Qualität der eigenen Arbeit

Einen ähnlichen Zusammenhang, wie in dieser Studie gezeigt und wie das Modell von Hackman & Oldham (1976) postuliert, fanden auch Kleinknecht-Dolf et al. (2015). Sie konnten zeigen, *„dass die Arbeitszufriedenheit in den Spitälern am grössten ist, in denen die Arbeitsumgebung positiver eingeschätzt wurde und die Belastung durch moralischen Stress geringer war.“*<sup>77</sup> Zwar schneiden Schweizer Spitäler im internationalen Vergleich in Bezug auf die Arbeitsumgebungsqualität sehr gut ab, doch zwischen den Spitälern innerhalb der Schweiz bestehen diesbezüglich erhebliche Unterschiede. Dies bedingt die Notwendigkeit einer stärkeren Reflexion der Arbeitsbedingungen und -strukturen. Sütterlin (2014) beschreibt dies anschaulich: Im Vergleich liegt die allgemeine Arbeitszufriedenheit in Spitälern und Kliniken unter dem Niveau des Schweizer Arbeitsmarktes. Die geringste Arbeitszufriedenheit bei den Berufsgruppen im Gesundheitswesen hat die Pflege. Sieht man sich die Zahlen genauer an, fällt auf, dass grosse Unterschiede zwischen den Spitälern bestehen und in Abhängigkeit zur Spitalgrösse auftreten. *„Je grösser ein Spital ist, desto geringer ist die Zufriedenheit“* und *„je dichter die Besiedelung ist, desto weniger zufrieden sind die Mitarbeitenden mit harten Faktoren“* (Lohn, weitere Leistungen, Arbeitsplatz, Arbeitszeit und -regelung). Sütterlin (2014) verdeutlicht, *„dass die Zufriedenheit der Mitarbeitenden mit strukturellen und standortbezogenen Eigenschaften zusammenhängt“*.<sup>79</sup> Studien zeigen ausserdem, *„dass die befragten Pflegefachpersonen angeben, selten pflegerische Massnahmen implizit rationieren zu müssen, dass das Ausmass der Rationierung von der Stellenbesetzung [...] abhängig ist.“*<sup>80</sup>

Die vorliegende Arbeit bestätigt, dass die berufliche Identität in positivem Zusammenhang mit Items zu erhöhtem Zeitdruck, Veränderungen durch die Ökonomisierung, steigenden Kosten im Gesundheitswesen, notwendigen Strukturanpassungen und einer hohen psychischen Belastung im Pflegeberuf steht (Hypothese H.4). Die befragten Pflegefachpersonen mit hohen Ausprägungen in der beruflichen Identität gaben an, diese

---

<sup>77</sup>Kirchler & Hölzl, 2002

<sup>78</sup>Kleinknecht-Dolf et al., 2015

<sup>79</sup>Sütterlin, 2014

<sup>80</sup>Ausserhofer et al., 2015

### 10.3 Die Überprüfung der Luhmannschen Theorie

Veränderungen im Gesundheitswesen in ihrem Arbeitsalltag zu spüren. Zu prüfen wären in einer künftigen Erhebung, die Kausalitäten und ob höhere Ausprägungen in der beruflichen Identität zu weniger tatsächlichen Kündigungen führen. Nur teilweise bestätigt wurde Hypothese H.13.b. Das Ergebnis kann damit erklärt werden, dass die Situationen, die Zufriedenheit auslösen, möglicherweise mit der allgemeinen Arbeitszufriedenheit korrelieren. Sie differenzieren nicht auf Ebene der einzelnen Formen der Arbeitszufriedenheit, da in der Entwicklung dieser Items nach Situationen, die allgemein Zufriedenheit mit der Arbeit auslösen, gefragt wurde und nicht nach den unterschiedlichen Arbeitszufriedenheitsformen. Hypothese H.13a hingegen konnte überwiegend bestätigt werden. Belastungen, Stresssituationen und Zeitdruck werden bei höheren Werten in der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit als weniger beeinträchtigend erlebt (Abbildung 10.10).

Das Ergebnis spricht für eine weitere Beschäftigung mit den verschiedenen Formen der Arbeitszufriedenheit. Weitere Untersuchungen könnten durch diese Differenzierung neue Erkenntnisse zur Entstehung der Arbeitszufriedenheit liefern und individuelle Persönlichkeitsunterschiede aufdecken, die eine individualisierte Personalentwicklung ermöglichen würden.



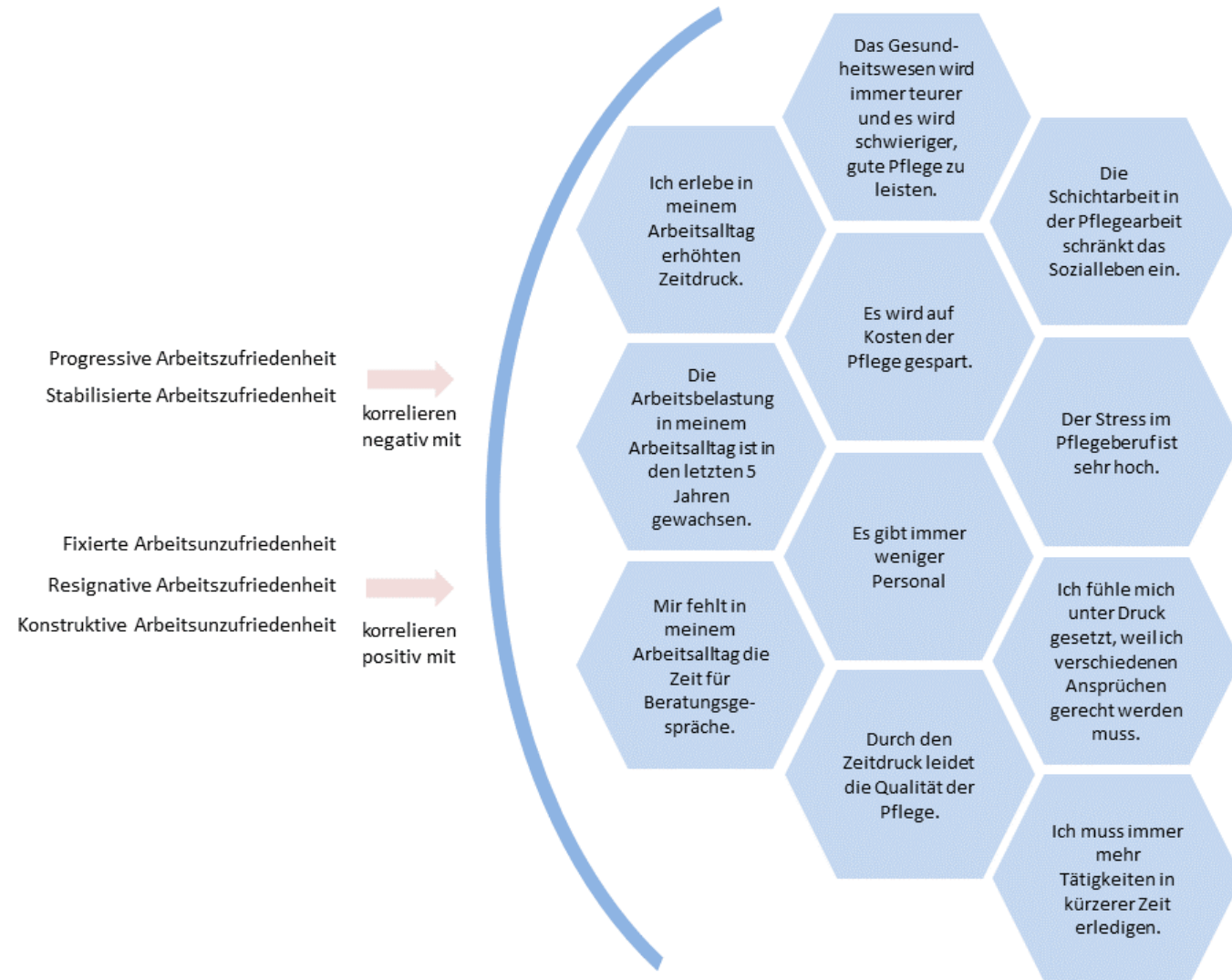


Abbildung 10.10: Korrelationen der Formen der Arbeitszufriedenheit mit den Aussagen zum Arbeitsalltag in der Pflege

## 10.4 Diskussion der weiteren Ergebnisse und tabellarischer Überblick der Hypothesen

Die postulierten Hypothesen in Zusammenhang mit der beruflichen Identität konnten mehrheitlich bestätigt werden (Tabelle 10.4; fett markiert sind die Haupthypothesen und nicht fett sind die Nebenhypothesen).

Die Stichprobenunterschiede von Alter und Geschlecht hinsichtlich der beruflichen Identität konnten für die untersuchte Stichprobe nicht gefunden werden (Hypothesen H.1 und H.7). Diese Unterschiede wurden auch für die Formen der Arbeitszufriedenheit (Hypothese H.14.c) nicht bestätigt. Darüber hinaus sind auch die Korrelationen des Berufsethos mit dem Alter (Hypothese H.11) oder des Ausbildungsgrads mit den Formen der Arbeitszufriedenheit (Hypothese H.14b) nicht signifikant. Hypothese H.18.c konnte ebenfalls nicht bestätigt werden.

Nur teilweise bestätigt sind die Korrelationen von Alter und Beschäftigungsgrad mit den Formen der Arbeitszufriedenheit (Hypothese H.14.a und H.14.d) oder der Kündigungsabsicht mit dem Ausbildungsgrad und dem Geschlecht (Hypothese H.17 und H.18.a). Wie die meisten Studien bestätigen, konnte dafür auch in dieser Erhebung ein signifikant negativer Zusammenhang von Alter und Kündigungsabsicht gefunden werden (Hypothese H.17). Ausserdem ist die Kündigungsabsicht höher, wenn mehr alternative Stellen gegeben sind (Hypothese H.18.b).

Die nicht signifikanten Ergebnisse können verschiedene Gründe haben: einerseits können kulturelle Unterschiede oder Unterschiede in der Ausgestaltung der Ausbildung in verschiedenen Ländern den Einfluss von Alter und Geschlecht beeinflussen. Auch der Einfluss des global veränderten Arbeitsumfeldes kann demographische Einflüsse überformen. Da bezüglich des Geschlechts keine Unterschiede gefunden wurden, liefert diese Arbeit keine Bestätigung für eine gender-biased Care-Ethik (siehe dazu Kapitel 5)

Künftige Studien müssten untersuchen, ob die Stichprobenunterschiede bei Alter und Geschlecht tatsächlich auf diese Merkmale zurückzuführen sind oder ob andere Faktoren die Einflüsse überformen.

Die negative Korrelation von Alter und Kündigungsabsicht könnte damit erklärt werden, dass sich ältere Pflegefachpersonen durch ihre Seniorität in den Organisationen mehr Freiheiten und Mitsprache oder Führungspositionen erarbeitet haben und Privilegien geniessen. Andere Gründe dafür wären, dass ältere Pflegende durch ihre langjährige Erfahrung gelassener mit den Herausforderungen des Pflegealltags umgehen. Ausserdem können ältere Pflegende das Gefühl haben, dass ihnen weniger attraktivere Stellenalternativen zu Verfügung stehen. Sei es, weil sie aufgrund ihres Alters weniger Möglichkeiten haben als jüngere Pflegende oder weil die aktuelle Stelle Vorteile birgt, die bei einer neuen Stelle mühsam erarbeitet werden müssten.

Tabelle 10.4: Übersicht über die Hypothesen

<b>Berufliche Identität</b>	<b>Bestätigung</b>
Hypothese H.1: Die untersuchten Altersgruppen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Ausprägung der beruflichen Identität.	Hypothese nicht bestätigt
Hypothese H.2: Der Zusammenhang von beruflicher Identität und Kündigungsabsicht wird von der Variable Alter moderiert.	Hypothese teilweise bestätigt
<b>Hypothese H.3: Die berufliche Identität korreliert positiv mit dem Berufsethos von Pflegefachpersonen.</b>	<b>Hypothese bestätigt</b>
Hypothese H.4: Die berufliche Identität korreliert mit den Aussagen zum Berufsalltag in der Pflege.	Hypothese teilweise bestätigt
<b>Hypothese H.5.a: Die berufliche Identität korreliert positiv mit der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit.</b>	<b>Hypothese bestätigt</b>
<b>Hypothese H.5.b: Die berufliche Identität korreliert negativ mit der konstruktiven sowie der fixierten Arbeitsunzufriedenheit und mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.</b>	<b>Hypothese teilweise bestätigt</b>
Hypothese H.6: Die berufliche Identität korreliert positiv mit zufriedenheitsauslösenden Situationen.	Hypothese teilweise bestätigt
Hypothese H.7: Die befragten Pflegefachpersonen unterscheiden sich in Bezug auf ihr Geschlecht in der beruflichen Identität.	Hypothese nicht bestätigt
<b>Hypothese H.8: Die berufliche Identität korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.</b>	<b>Hypothese teilweise bestätigt</b>
<b>Berufsethos</b>	
<b>Hypothese H.9.a: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit.</b>	<b>Hypothese teilweise bestätigt</b>
<b>Hypothese H.9.b: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.</b>	<b>Hypothese nicht bestätigt</b>
<b>Hypothese H.10: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.</b>	<b>Hypothese nicht bestätigt</b>
<b>Hypothese H.11: Das Berufsethos von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit dem Alter.</b>	<b>Hypothese nicht bestätigt</b>
<b>Arbeitszufriedenheit</b>	

<b>Hypothese H.12: Die stabilisierte und progressive Arbeitszufriedenheit korrelieren negativ mit der Kündigungsabsicht. Die konstruktive und die fixierte Arbeitsunzufriedenheit sowie die resignative Arbeitszufriedenheit korrelieren positiv mit der Kündigungsabsicht.</b>	<b>Hypothese teilweise bestätigt</b>
Hypothese H.13.a: Die Aussagen zum Arbeitsalltag in der Pflege korrelieren mit den Formen der Arbeitszufriedenheit.	Hypothese teilweise bestätigt
Hypothese H.13.b: Die Situationen, die im Arbeitsalltag Zufriedenheit auslösen, korrelieren positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korrelieren negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.	Hypothese teilweise bestätigt
Hypothese H.14.a: Das Alter korreliert positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.	Hypothese teilweise bestätigt
Hypothese H.14.b: Der Ausbildungsgrad korreliert positiv mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert negativ mit der konstruktiven und fixierten Arbeitsunzufriedenheit sowie mit der resignativen Arbeitszufriedenheit.	Hypothese nicht bestätigt
Hypothese H.14.c: Die befragten Pflegefachpersonen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Geschlechts bezüglich der Formen der Arbeitszufriedenheit.	Hypothese nicht bestätigt
Hypothese H.14.d: Der Beschäftigungsgrad korreliert negativ mit der progressiven und der stabilisierten Arbeitszufriedenheit und korreliert positiv mit der konstruktiven, fixierten Arbeitsunzufriedenheit und der resignativen Arbeitszufriedenheit.	Hypothese teilweise bestätigt
<b>Kündigungsabsicht</b>	
Hypothese H.15: Aussagen zum Berufsalltag in der Pflege korrelieren mit der Kündigungsabsicht.	Hypothese teilweise bestätigt
Hypothese H.16: Das Alter korreliert negativ mit der Kündigungsabsicht.	Hypothese bestätigt
Hypothese H.17: Die Kündigungsabsicht von Pflegefachpersonen korreliert positiv mit dem Ausbildungsgrad.	Hypothese teilweise bestätigt
Hypothese H.18.a: Männliche und weibliche Pflegefachpersonen unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Kündigungsabsicht.	Hypothese nicht bestätigt
Hypothese H.18.b: Die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit, eine gute Alternative zu finden, korreliert positiv mit der Kündigungsabsicht.	Hypothese bestätigt

Hypothese H.18.c: Die Korrelation zwischen der wahrgenommenen Wahrscheinlichkeit eine gute Alternative zu finden und der Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr eine neue Stelle zu suchen und der Wahrscheinlichkeit im kommenden halben Jahr die Stelle zu kündigen wird moderiert durch das Alter.

---

Hypothese nicht bestätigt

Bevor auf die Einschränkungen des empirischen Teils dieser Arbeit eingegangen und die Arbeit mit der Schlussbetrachtung abgeschlossen wird, soll im folgenden Kapitel ein Strategieframework für eine praktische Umsetzung der theoretischen Erkenntnisse und empirischen Ergebnisse skizziert werden. Es soll Strategien für die Praxis bereitstellen, wie mit den theoretischen und empirischen Erkenntnissen aus dieser Arbeit praktisch umgegangen werden könnte.

### 10.5 Strategieframework: Umsetzung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse

Ein Projekt des Kantonsspitals Winterthur versucht ein neues Modell der Pflege zu entwickeln. Im Departement Chirurgie wurden erstmals „*Clinical Nurses*“ eingesetzt, um einerseits die Ärzte zu entlasten und andererseits den Patientinnen und Patienten eine Ansprechperson zu Verfügung zu stellen. Ziel ist die „*traditionelle Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegenden mit dem Ziel einer optimierten Patientenbetreuung zu hinterfragen*“. In den USA wird dieses Konzept unter dem Namen „*Physician Assistant*“ seit den 1960er Jahren praktiziert.<sup>81</sup> Das Kantonsspital Winterthur definiert die Rolle der „*Clinical Nurse*“ wie folgt:

„Die „*Clinical Nurse*“ unterstützt die geregelte medizinische Betreuung auf der Abteilung und arbeitet dazu im Auftrag des behandelnden Arztes. Fachlich, organisatorisch und planerisch ist sie in das Ärzteteam integriert. Als primäre Ansprechperson für den medizinischen Support wird sie von einem erfahrenen Arzt betreut und beaufsichtigt, gemeinsam bilden sie ein „*Tandem*“. Unterstützt durch Behandlungsschemata und ärztliche Supervision, übernimmt die „*Clinical Nurse*“ die medizinische Betreuung der Patientinnen und Patienten, vor allem bei stabilen Patienten. Zudem wirkt sie mit bei komplexen und unvorhersehbaren Behandlungsverläufen. Im Auftrag und in Absprache mit dem behandelnden Arzt regelt sie Aufnahme und Entlassung von Patienten. Sie organisiert diagnostische und therapeutische Massnahmen, führt Visiten durch und übernimmt Aufgaben in der Dokumentation sowie Koordinationsaufgaben.“<sup>82</sup>

---

<sup>81</sup>Breitenstein & Wepf, 2015

<sup>82</sup>Breitenstein & Wepf, 2015

### 10.5 *Strategieframework: Umsetzung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse*

Oben genannte Erläuterungen definieren einen Handlungsbedarf für eine ganzheitliche Personalentwicklung in Spitälern und Langzeitinstitutionen. Eine ganzheitliche Personalentwicklung sollte die Pflege und Weiterentwicklung der beruflichen Identität unterstützen, ermöglichen und ebenfalls aktiv begleiten. Findet die berufliche Identität einerseits in der Ausbildung und andererseits in der beruflichen Praxis die notwendige Beachtung, könnten die Kündigungsraten positiv beeinflusst und reduziert werden. Dies wäre nicht nur für die einzelnen Institutionen wünschenswert, sondern könnte auf der Ebene des Gesundheitswesens einen wertvollen Beitrag zur Reduktion der Fluktuation leisten. Dass Massnahmen auf der Ebene der Ausbildung, des Berufsbildes und des Arbeitsalltags und Arbeitsumfelds ganzheitlich ansetzen müssten, zeigten auch die Ergebnisse aus den Leitfadenterviews. Die Akademisierung der Pflege ging mit der Aufwertung des Pflegeberufs und der Pflegewissenschaft einher, doch in der Praxis stellen sich andere Herausforderungen wie die Zunahme des administrativen Aufwands. Auf Organisationsebene gibt es Bestrebungen, die Arbeitsumgebungsqualität z.B. mittels Anstellung zusätzlichen Pflegepersonals, Anpassungen des Skill- und Grade-Mix', der Anstellung administrativer Mitarbeitender oder durch regelmässige Mitarbeiterbefragungen positiv zu verändern.<sup>83</sup> Diese punktuellen Massnahmen sind jedoch zu wenig Teil einer übergeordneten Strategie. Damit in Zukunft Ausbildungsstätten, Organisationen im Gesundheitswesen sowie Politik und Ökonomie nicht noch weiter auseinander divergieren, bräuchte es auf nationaler Ebene eine verstärkte Orchestrierung der Ausbildung, zugeschnitten auf die Bedürfnisse der Praxis und den Aufbau eines langfristigen Personalbestands im Gesundheitswesen.<sup>84</sup> Auch nach langjähriger Tätigkeit kann es zu Dissonanzen zwischen persönlichen und beruflichen Erwartungen kommen.<sup>85</sup> Deshalb sollte eine Beschäftigung mit der beruflichen Identität von Mitarbeitenden zum Curriculum der Personalentwicklung gehören.

Kapitel 10.5 verfolgt einen praktischen Fokus. In einem ersten Schritt werden, ausgehend von den theoretischen Grundlagen sowie den Befunden aus den qualitativen Interviews und der quantitativen Erhebung, einerseits die Ausgangslage für das Strategieframework skizziert und andererseits die Handlungsfelder für die Strategien identifiziert. In einem zweiten Schritt werden mögliche Strategien für die Bearbeitung der Handlungsfelder erarbeitet und in allgemeiner Weise erläutert. Abschliessend wird in einer Übersicht das gesamte Strategieframework für die praktische Umsetzung der Ergebnisse dargestellt.

Ziel des Strategieframeworks ist, Strategien gegen den Personalmangel in der Pflege zu entwickeln. Wie in den theoretischen Grundlagen dargelegt, ist die effektivste Strategie mit dem Personalmangel im Gesundheitswesen umzugehen, die Fluktuation der Pflegefachpersonen zu reduzieren. Die Arbeitszufriedenheit ist der wichtigste Faktor, um die

---

<sup>83</sup>Aussenhofer et al., 2015

<sup>84</sup>Durch das neue Berufsbildungsgesetz, das 2004 in Kraft getreten ist, wurden die Ausbildungen im Pflegebereich umstrukturiert. Der Beruf der Fachfrau/des Fachmannes Gesundheit (FaGe) wurde geschaffen und Abschlüsse auf Tertiärstufe B und Tertiärstufe A können erlangt werden. Die Ausbildungscurricula sind an höheren Fachschulen an Rahmenlehrplänen und an den Fachhochschulen an den Abschlusskompetenzen ausgerichtet. Die Arbeitgeber orientieren sich vielerorts an den Grundlagen des Skill und Grade-Mix. (Schaffert et al., 2015)

<sup>85</sup>Cowin et al., 2013; Doane, 2002; Johnson et al., 2012

Kündigungsabsicht oder die Absicht zu bleiben zu beeinflussen.<sup>86</sup> Dazu wurden arbeits- und organisationspsychologische Strategien mit betriebswirtschaftlichem Bezug entwickelt, die sowohl die Arbeitszufriedenheit des Einzelnen als auch ein effizientes Funktionieren der Gesamtorganisation ermöglichen sollen, stets unter Berücksichtigung der beruflichen Identität und des Berufsethos' der Pflege.

### 10.5.1 Ausgangslage und Handlungsfeld

Ausbildung und Praxis (Arbeitsbedingungen, Arbeitsanforderungen etc.) sind eng miteinander verknüpft. Ihr Zusammenspiel sowie die beiden Bereiche getrennt beeinflussen die Entwicklung der beruflichen Identität und des Berufsethos'. Dies wiederum hat Konsequenzen für die Entstehung von Arbeitszufriedenheit und den Verbleib in der Organisation. Je weiter oben in dieser Einflusskaskade Strategien ansetzen, desto besser kontrollierbar sind negative Auswirkungen. Das Strategieframework setzt deshalb an der Gestaltung der Rahmenbedingungen an und ist auf der Ebene der Organisationen angesiedelt – das bedeutet, primäre Adressaten des Frameworks sind Spitäler und Kliniken. Damit der Fokus nicht zu eingeschränkt wird, thematisieren einzelne Strategien die Zusammenarbeit mit externen Partnern wie den Ausbildungsinstitutionen.

Ziel des Frameworks ist, Organisationen in der Förderung von beruflicher Identität, Berufsethos und Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu unterstützen. Dies ist für Organisationen im Speziellen und das Gesundheitswesen als Ganzes wichtig, da der steigende Pflegebedarf gedeckt werden muss und das zu möglichst geringen Kosten. Dazu wird in der Regel an den Personalkosten angesetzt oder es werden Prozess- und Ablaufoptimierungen vorgenommen.

*„Im Zuge der Ökonomisierung aller Lebensbereiche hat sich eine «Monokultur des Effizienzdenkens» ausgebreitet. [...] Ideal ist ein Arbeitsprozess, der wie am Schnürchen läuft, verfahrensförmig, programmierbar, vorhersehbar, durchorganisiert.“<sup>87</sup>*

Der Chefökonom der grössten tschechischen Bank, Tomáš Sedláček (2012) schreibt zu den Auswirkungen dieser Optimierungen von menschlicher Arbeit:

*„Die Wirtschaft an sich braucht nämlich nichts weiter als menschliche Roboter, das hat sich schön – wenn auch schmerzhaft – beim Modell des Homo oeconomicus gezeigt, der ein reiner Produktions- und Konsumfaktor ist. [...] Die heutige Mainstream-Ökonomie kommt diesem Konzept grösstenteils recht nahe. Modelle der neoklassischen Ökonomie begreifen die Arbeit als Input für eine Produktionsfunktion. Ökonomien dieser Art wissen jedoch nicht, wie sie das Menschsein (und damit die Menschen!) integrieren sollen – menschliche*

---

<sup>86</sup>Caricati et al., 2014

<sup>87</sup>Gronemeyer, 2012

## 10.5 Strategieframework: Umsetzung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse

*Roboter würden aber wunderbar in ihr System passen.“<sup>88</sup>*

Prozess- und Ablaufoptimierungen sind ökonomisch gesehen sinnvoll, doch leider zu kurzfristig gedacht. „Denn es ist allemal einfacher, die Menschen für krank zu erklären als die Arbeitsverhältnisse“.<sup>89</sup> Anders als ein industrieller Produktionsfaktor muss die menschliche Arbeit nicht nur produktiv, sondern auch „regenerativ“<sup>90</sup> sein. Erst, wenn der Mensch mit seinem Menschsein und nicht als menschlicher Roboter in Organisationen integriert wird, können langfristig Kosten reduziert und die Arbeitskraft erhalten werden. Doch je mehr die Arbeit der industriellen Arbeit angepasst wird, desto mehr wird sie unfähig, „Rückerstattung zu leisten, weder an die Natur noch an die arbeitenden Menschen oder die Kulturgüter“. <sup>91</sup>

*„Zu den grossen „Tricks“ (manche sagen: „Erkenntnissen“) der neoklassischen Ökonomie gehört, dass die Arbeit behandelt wird, als wäre sie lediglich ein weiterer Produktionsfaktor. Der Output wird als Funktion des Inputs geschrieben – Stahl, Maschinen und Arbeit. Die Mathematik behandelt die Arbeit wie alle anderen Güter und verführt uns dazu, sie so zu betrachten wie Stahl oder Kunststoffe. Die Arbeit unterscheidet sich jedoch von allen anderen Gütern. Beim Stahl spielt das Arbeitsumfeld keine Rolle – das Wohl des Stahls interessiert uns nicht.“<sup>92</sup>*

Bei dieser Herausforderung setzt das Strategieframework an. Um das Handlungsfeld identifizieren und Strategien dafür entwickeln zu können, braucht es einsteigend eine Klärung der Ausgangslage. Deshalb wird in Abbildung 10.11, abgestützt auf die theoretischen Grundlagen und die Forschungsergebnisse, vereinfacht dargestellt, dass sich der Zeitgeist, das gesellschaftliche, politische, wirtschaftliche und rechtliche Umfeld auf das Arbeitsumfeld, die Ausbildung, die berufliche Identität und das Berufsethos sowie auf die Arbeitszufriedenheit und auf die Kündigungsgründe in einer Berufsgruppe auswirken. Das Konfliktpotential zwischen diesen Feldern definiert das Handlungsfeld, woraus im Anschluss Strategien abgeleitet werden, wie die verschiedenen Bereiche besser aufeinander abgestimmt werden können.

Die verstärkte Arbeitsbelastung, der psychische und physische Stress sowie die zunehmend ökonomische Ausrichtung der pflegerischen Tätigkeit stellt die Ausbildungsinstitutionen vor grosse Herausforderungen. Die Absolventinnen und Absolventen sollen einerseits mit genügend theoretischem Wissen ausgestattet und andererseits mit den Anforderungen der praktischen Tätigkeit vertraut gemacht werden.

Durch das Auseinanderdriften von Ausbildung und Praxis wird es für Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger zur Herausforderung, eine stabile berufliche Identität aufbauen zu können. Dies wird vor dem Hintergrund stetig fordernder Arbeitsbedingungen noch

---

<sup>88</sup>Sedláček, 2012, 37

<sup>89</sup>Gronemeyer, 2012, 16

<sup>90</sup>Gronemeyer, 2012, 16

<sup>91</sup>Gronemeyer, 2012, 16 und 56

<sup>92</sup>Stiglitz, 2002 in Sedláček, 2012, 38



intensiviert: Das veränderte Arbeitsumfeld mit einer hohen Arbeitsbelastung und viel Stress kann zu einer Überforderung beim Berufseinstieg resp. zu einem Realitätsschock führen und dazu, dass junge Pflegende kündigen und im schlimmsten Fall aus dem Beruf aussteigen. Diese Bedingungen erschweren den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer stabilen beruflichen Identität, da keine Zeit vorhanden ist, sich mit der eigenen Rolle vertieft auseinander zu setzen. Auch fehlen Zeit und Ressourcen, Neueinsteigende bei der Sozialisation zu begleiten und bei Spannungen zu unterstützen, was angesichts des steigenden Bedarfs an qualifiziertem Pflegepersonal jedoch problematisch ist. Das Ziel muss sein, Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger im Beruf zu halten. Doch auch für erfahrene Pflegende ist es wichtig, dass sie neues Wissen und neue Kompetenzen aus Aus- und Weiterbildungen in den Arbeitsalltag einbringen können, damit die Identifikation mit dem Beruf nicht verloren geht.

Wie die mangelnde berufliche Identifikation birgt auch die Diskrepanz zwischen Berufsethos, theoretisch vermittelten und organisationalen Werten Konfliktpotential, weil sie sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit und den Verbleib im Beruf auswirken kann. Diese Diskrepanz hat nicht nur für Neueinsteigende negative Konsequenzen, sondern kann auch bei erfahrenen Pflegenden dazu führen, dass sie sich nicht mehr mit ihrer Rolle identifizieren können, wenn der moralische Stress zu gross wird. Spannungsfelder mit dem Berufsethos entstehen beispielsweise dann, wenn der administrative Aufwand überbordend ist, die Zeit für die direkte Patientenbetreuung fehlt und die Pflegenden das Gefühl haben, keine angemessene Pflege mehr leisten zu können. Damit die Mitarbeitenden zufrieden sind und langfristig im Beruf bleiben, braucht es einen ganzheitlichen Ansatz. Das Strategieframework thematisiert daher die Diskrepanz von Ausbildung und Praxis, bezieht die Personalauswahl, -sozialisation und -entwicklung mit ein und berücksichtigt die Arbeitsbedingungen im Rahmen der Organisationsentwicklung. So wird versucht, der Entstehung und Aufrechterhaltung von beruflicher Identität, Berufsethos, Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht strategisch zu begleiten.

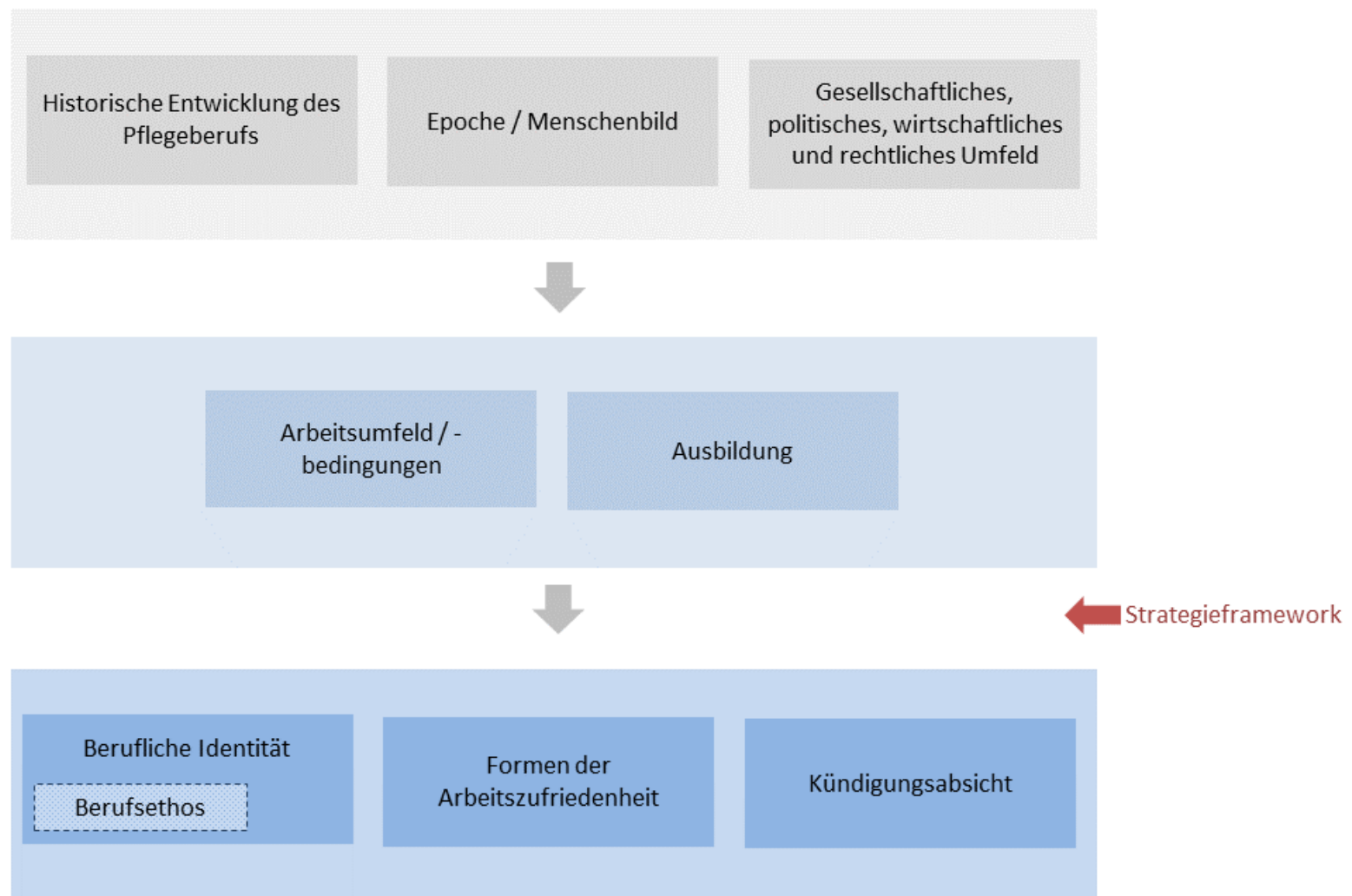


Abbildung 10.11: Kontext für das Strategieframework

### 10.5.2 Strategien

Nachdem in Kapitel 10.5.1 die Ausgangslage und das Handlungsfeld erläutert wurden, widmet sich dieses Kapitel möglichen Strategien, die die Praxis für die Bearbeitung der Handlungsfelder nutzen kann. Die Strategien setzen an unterschiedlichen Bereichen der Personal- und Organisationsentwicklung an (organisationsintern). Einige richten sich an Bereiche ausserhalb der Organisation; beispielsweise an die Gesellschaft oder sind hybride Strategien wie jene beim Übergang von Ausbildung und Praxis, die gleichzeitig organisationsinterne als auch organisationsexterne Felder betreffen. Speziell sind die organisationsexternen Strategien, weil sie auf der Ebene der Gesellschaft ansetzen. Sie sollen trotz ihres externen Fokus' von Organisationen initiiert, unterstützt und gefördert werden. Es ist für Organisationen nicht ausreichend, lediglich organisationsintern für ihre Mitarbeitenden Verantwortung zu übernehmen. Organisationen des Gesundheitswesens können ihren Einfluss im Rahmen des „*Corporate Social Responsibility*“-Gedankens auch auf gesellschaftlicher und politischer Ebene geltend machen. Dies kann dadurch geschehen, dass Mitarbeitende zu berufspolitischem Engagement ermutigt und vom Arbeitgeber dabei unterstützt werden.

Die hybriden Strategien fokussieren auf die Zusammenarbeit der Organisation mit externen Partnern – in diesem Framework mit Ausbildungsinstitutionen. Im Zentrum steht die wachsende Nachfrage nach qualifiziertem Pflegepersonal. Damit der künftig weiterhin steigende Bedarf adäquat gedeckt werden kann – sowohl von Seite der Ausbildungsinstitutionen als auch der Organisationen – braucht es Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit einem entsprechenden Skill-Set. Hybride Strategien unterstützen eine engere Zusammenarbeit von Ausbildungsinstitutionen und Organisationen und helfen das „*Angebot an qualifiziertem Pflegepersonal*“ und die „*Nachfrage nach Arbeitnehmern mit spezifischem Skill-Set*“ einander anzugleichen.

Die organisationsinternen Strategien schliesslich orientieren sich an der Verantwortung der Organisation für das Individuum. Damit eine adäquate Versorgung möglich ist, braucht es Massnahmen, die es den Leistungserbringern ermöglichen, diese zu leisten. Erst wenn eine Organisation nicht nur Verantwortung für die Patientinnen und Patienten, sondern auch für die Mitarbeitenden übernimmt, kann eine langfristig kontinuierliche Versorgung erreicht werden – ist doch, wie an früherer Stelle erwähnt, die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten eng verbunden mit der Mitarbeiterzufriedenheit. Allerdings: ohne die Bereitschaft und die Eigenverantwortung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind alle Massnahmen erfolglos. Es braucht ein beidseitiges Engagement von Organisation und Mitarbeitenden.

Abbildung 10.12 gibt einen Überblick über sechs Felder, an welchen die Strategien des Frameworks ansetzen. Die sechs Felder wurden basierend auf den theoretischen Grundlagen und empirischen Erkenntnissen identifiziert und als erfolgskritisch angesehen. Einsteigend werden nun die organisationsexternen respektive die hybriden Strategien beschrieben. Anschliessend werden die organisationsinternen Strategien erläutert.

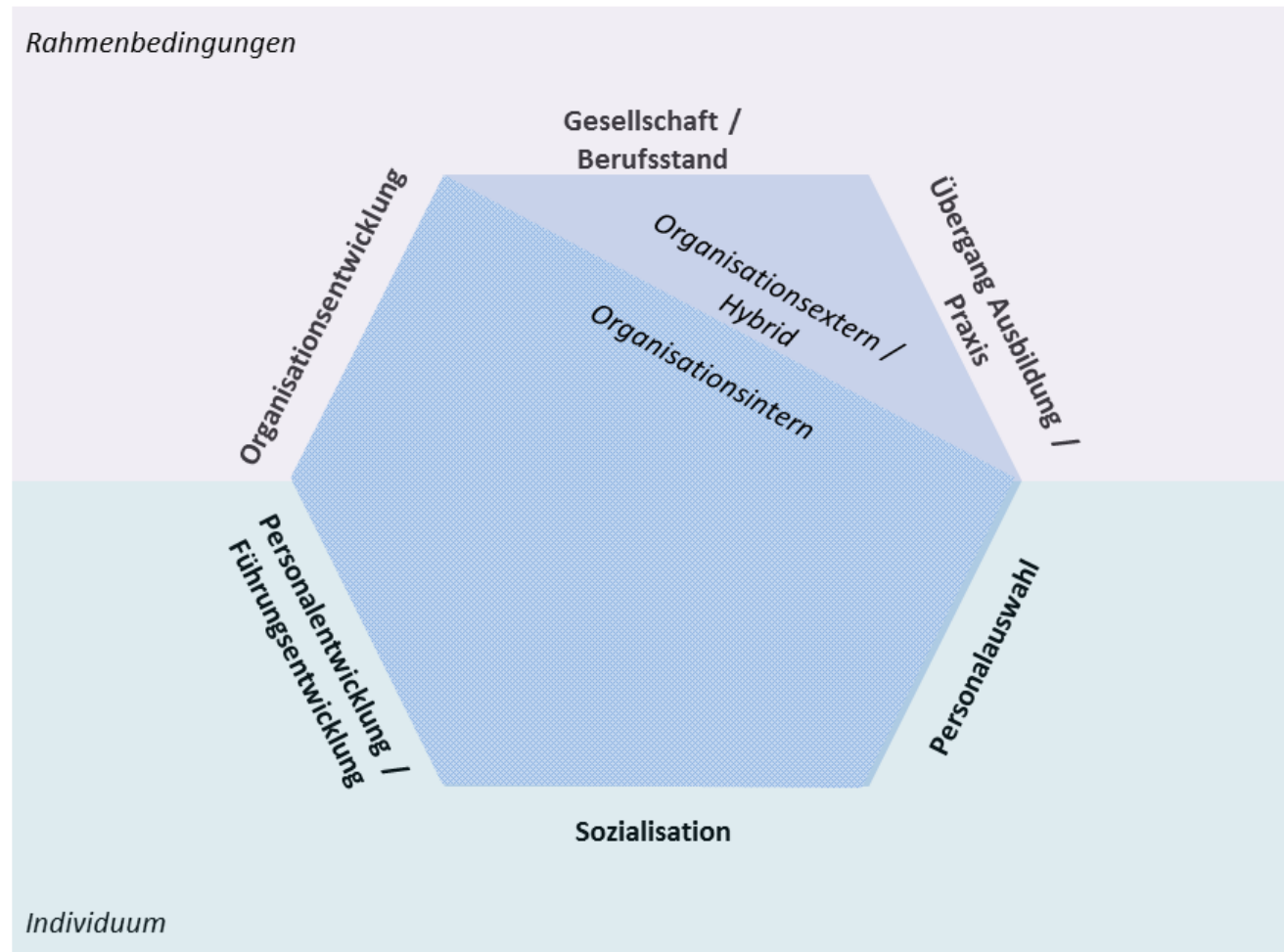


Abbildung 10.12: Überblick über die sechs Felder, an welchen die Strategien des Frameworks ansetzen

## A. Organisationsexterne Strategien

### A.1 Gesellschaft / Berufsstand

In der Bevölkerung ist noch ein sehr traditionelles Bild des Pflegeberufs verbreitet. Pflegenden gelten darin oft als ausführende Kraft der Ärztinnen und Ärzte. Die medizinische resp. pflegerische Expertise hochqualifizierter Pflegefachpersonen ist wenig bis gar nicht bekannt. Dazu trägt wahrscheinlich – neben weiteren Gründen – die Heterogenität im Berufsstand selbst bei. In den Interviews für diese Arbeit wurde die Diskrepanz von Pflegenden, die noch nach den „alten Mustern“ der Pflege denken und handeln versus den pflegewissenschaftsorientierten Pflegefachpersonen angesprochen.

- Strategie 1: Ein zeitgemässes Berufsbild gestalten
  - \* Strategie 1.1: Kommunikation eines zeitgemässen Berufsbildes in der Bevölkerung und bei Kooperationspartnern
  - \* Strategie 1.2: Mitsprache von Berufsvertreterinnen und -vertretern auf politischer Ebene (z.B. Beteiligung der Pflegenden an der Entwicklung von Richtlinien auch auf politischer Ebene)
  - \* Strategie 1.3: Politische und ökonomische Rahmenbedingungen schaffen, die Fehlanreize im Gesundheitswesen vorbeugen (z.B. Erfassung der Pflegearbeit in den Abrechnungssystemen; Stellenwert der Pflegearbeit im Versorgungsprozess neu verhandeln)

**Problem:** Die Strategien setzen bei der Problematik an, dass das Ansehen des Pflegeberufs in den Interviews und der quantitativen Erhebung als Grund genannt wird, den Pflegeberuf nicht wieder zu ergreifen. Diesbezüglich wäre die Aufwertung des Pflegeberufs ein Veränderungswunsch am Berufsbild.

#### **Strategie 1.1**

**Ziel:** Mit Initiativen den Pflegeberuf verschiedenen Stakeholdern umfassend näher zu bringen, könnte gleichzeitig zur Information der Bevölkerung die Attraktivität des Pflegeberufs als Berufswahl gesteigert werden.

**Erklärung:** In der geschichtlichen Entwicklung des Pflegeberufs sowie vor dem Hintergrund zunehmender technischer, ökonomischer und gesellschaftlicher Veränderungen hat sich der Pflegeberuf in den vergangenen Jahrzehnten stark verändert. Dieser Wandel muss sich erst im Berufsstand selbst, aber auch in der Wahrnehmung der Leistungsempfänger und Kooperationspartner manifestieren. Die verschiedenen Ausbildungsniveaus im Pflegeberuf umfassen unterschiedliche Kompetenzen. In der Praxis braucht es ein Äquivalent resp. ein Anforderungsprofil, das diesen Kompetenzen gerecht wird, damit die Mitarbeitenden entsprechend ihren Fähigkeiten eingesetzt und gefördert werden können. Gleichzeitig sollten die Ausbildungen die praktischen Anforderungen stärker berücksichtigen. Auf der Ebene der Bevölkerung resp. der Patientinnen und Patienten und Kooperationspartner braucht es eine Kommunikation der verschiedenen Ausbildungsstu-

## 10.5 Strategieframework: Umsetzung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse

fen und der einhergehenden Kompetenzen, um das Berufsbild nachhaltig zu verändern.

### **Strategien 1.2 und 1.3**

**Ziel:** Die Strategien 1.2 und 1.3 setzen auf der politischen Ebene an. Damit sollen Rahmenbedingungen geschaffen werden, die Einsteigerinnen und Einsteiger motivieren, den Pflegeberuf zu ergreifen und die es ermöglichen, langfristig im Beruf zu verbleiben.

**Erklärung:** Durch die Mitsprache von Berufsvertreterinnen und -vertretern können die Herausforderungen der Praxis in der politischen Arbeit berücksichtigt und entsprechende Massnahmen eingeleitet werden. Gleichzeitig kann die Politik gemeinsam mit den Organisationen des Gesundheitswesens Rahmenbedingungen schaffen, um Fehlanreize im Gesundheitswesen vorzubeugen. Wenn die Pflegearbeit beispielsweise ihren untergeordneten Stellenwert in den Abrechnungssystemen beibehält, gelangt die Pflegearbeit weiter durch Effizienz- und Rationierungsmassnahmen unter Druck und wird immer unmenschlicher und damit unbefriedigender. Mit berufspolitischem Engagement können die Attraktivität und das Ansehen des Pflegeberufs verbessert und Konflikte mit dem Berufsethos reduziert werden. Nur wenn Politik und Organisationen die Rahmenbedingungen entsprechend der gegenwärtigen und künftigen Herausforderungen gestalten, kann die Nachfrage nach qualifizierten Pflegefachpersonen „gestillt“ werden. Damit die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sie dem Bild der modernen Pflege gerecht werden und ihr Potential nutzen, braucht es auf politischer Ebene Mitsprache durch Berufsvertreterinnen oder -vertreter.

## **B. Hybride Strategien**

### B.1 Übergang von der Ausbildung zur Praxis

Wie in der Schlussbetrachtung dargelegt, besteht eine Diskrepanz zwischen den, in der Ausbildung vermittelten Fähigkeiten und den Anforderungen des Pflegealltags. Als Konsequenz fühlen sich viele Absolventinnen und Absolventen den Anforderungen nicht gewachsen und steigen bereits nach kurzer Zeit aus dem Beruf aus oder besuchen Fort- und Weiterbildungen. Für einen nachhaltig stabilen Berufsstand braucht es genügend Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger, die langfristig im Beruf verbleiben.

- Strategie 2: Abstimmung der Anforderungen von Ausbildung und Praxis
  - \* Strategie 2.1: Die Diskrepanz zwischen Ausbildung und Praxis durch verbesserte Kongruenz schliessen
  - \* Strategie 2.2: Emotionale Vorbereitung von Neueinsteigerinnen und Neueinsteigern auf die Erwartungen im Pflegealltag

**Problem:** Wie in der Diskussion erläutert, haben sich Ausbildung und Berufspraxis früher synchron entwickelt. Heute orientiert sich die Ausbildung stärker am internationalen Wissenschaftsdiskurs und die Praxis an den veränderten ökonomischen, politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Damit wird Neueinsteigerinnen und Neueinsteigern der Einstieg in den Beruf erschwert – resp. die Entwicklung von beruflicher Identität.

tität, Berufsethos und Arbeitszufriedenheit beeinträchtigt.

**Ziel:** Die Strategien 2.1 und 2.2 thematisieren Möglichkeiten, um Neueinsteigende optimal auf den Berufsalltag vorzubereiten, a) in einer stärkeren Vernetzung von Ausbildung und Praxis und b) einer verbesserten emotionalen Vorbereitung von Absolventinnen und Absolventen auf die praktische Tätigkeit.

**Erklärung:** Durch eine stärkere Vernetzung und Zusammenarbeit von Ausbildungs- und Praxisinstitutionen können auf der einen Seite die Ausbildungen praxisorientierter gestaltet und auf der anderen Seite wissenschaftliche Errungenschaften und Fortschritte zeitnah in Organisationen integriert werden. Organisationen profitieren auf diese Weise vom Einbezug in den wissenschaftlichen Diskurs und erhalten fundierte Lösungen für fachliche Problemstellungen. Darüber hinaus kann die Attraktivität der Ausbildungen gesteigert und die Absolventinnen und Absolventen optimal auf den Berufsalltag vorbereitet werden. Diese Entwicklungen unterstützen schliesslich den Aufbau einer stabilen beruflichen Identität, da Neueinsteigende mit den praktischen Erwartungen und Herausforderungen vertraut werden. Gepaart mit einer emotionalen Vorbereitung auf den Pflegealltag können Diskrepanzen von persönlichen Erwartungen und Berufsrealität thematisiert und aktiv angegangen werden. Damit würden nicht nur Bedenken und Konflikte im Vorfeld von Kündigungen antizipiert, sondern auch Konflikte und Dilemmata hinsichtlich des Berufsethos. Können langfristig die berufliche Identität und das Berufsethos gefestigt werden, fördert dies nicht nur die Arbeitszufriedenheit, sondern reduziert auch Kündigungen und damit Kosten – für einzelne Organisationen und das Gesundheitswesen als Ganzes. „Die künftigen Ausbildungen sollten die Interprofessionalität, die Kommunikation zwischen den Gesundheitsberufen, den Abbau der Sektorengrenzen, [...] die Entwicklung der Medizintechnik [...] und die integrative personalisierte Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden.“<sup>93</sup>

## C. Organisationsinterne Strategien

### C.1 Personalauswahl

Mit einer systematischen und professionellen Personalauswahl kann erreicht werden, dass der Personalbedarf zumindest ansatzweise gedeckt werden kann. Gerade wenn ein Nachfrageüberangebot besteht, hilft die strategische Personalauswahl im Kampf um die besten Talente (sog. „War for talents“), indem sie dazu beiträgt, Konkurrenzorganisationen auszusteichen. Ausserdem kann eine Passung des Bewerberin resp. des Bewerbers mit der Organisation bis zu einem gewissen Grad überprüft werden.

- Strategie 3: Einführung und Verbesserung der Personalauswahl
  - \* Strategie 3.1: Klare Stellenbeschreibungen (Tätigkeitsanalyse) und Kompetenzprofile
  - \* Strategie 3.2: Verbessertes Personalmarketing

---

<sup>93</sup>Hahn, 2011, 43

## 10.5 Strategieframework: Umsetzung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse

\* Strategie 3.3: Entwicklung und Implementierung einer strategischen Personalauswahl, z.B.

- Realistic Job Preview
- Informationen über Karrieremöglichkeiten bei Anstellungsbeginn
- Unterschiedliche und personalisierte Rekrutierungsmethoden

\* Strategie 4: Wertekongruenz<sup>94</sup>

**Problem:** Die erwähnten Strategien beschäftigen sich mit der Problematik, dass es immer schwieriger wird, gut qualifiziertes Personal zu finden. Das liegt unter anderem an der weltweiten Personalknappheit. Durch diesen Engpass hat sich der „Kampf um die besten Talente“ verschärft.

**Ziel:** Eine zeitgemässe und individualisierte Personalauswahl soll Organisationen unterstützen, einerseits gut qualifiziertes Personal zu gewinnen, da der Auswahlprozess – in einem ersten Eindruck – den Bewerberinnen und Bewerbern den Stellenwert der Arbeitnehmenden resp. des Individuums signalisiert. Andererseits wird durch die Berücksichtigung der Wertekongruenz von Bewerberin resp. Bewerber und Organisation der Grundstein für die Arbeitszufriedenheit gelegt und Kündigungen vorgebeugt.

**Erklärung:** Über klare Stellenbeschreibungen und Personalmarketingmassnahmen können Bewerberinnen und Bewerber angesprochen werden, die sich mit der Tätigkeit und der Organisation identifizieren können. Organisationen haben die Möglichkeit sich durch geeignetes Personalmarketing als attraktive Arbeitgebende zu präsentieren.

Mit einer realistischen Tätigkeitsbeschreibung, also auch ihrer negativen Aspekte, sowie mit Informationen über Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten können Enttäuschungen nach Anstellungsbeginn antizipiert werden. Dies ist sowohl bei Neueinsteigerinnen und Neueinsteigern als auch bei erfahrenen Pflegefachpersonen zu empfehlen, da durch eine Abgleichung von Erwartungen und Realität die Bewerberbenden nach der Anstellung weniger enttäuscht werden, was sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit und die berufliche Identität auswirken kann. Ausserdem sollten in der Personalauswahl resp. Stellenbesetzung die verschiedenen Ausbildungsniveaus berücksichtigt werden. Die vielfältigen Ausbildungen sind mit einer grossen Bandbreite an Qualifikationen verbunden. Den Qualifikationen entsprechend kann ein eindeutiges Stellenprofil für eine Vakanz erstellt werden, damit durch die Rekrutierung eine optimale Passung von Stelle und Bewerberin resp. Bewerber erreicht wird. Durch diese Passung wird der Verbleib der Mitarbeitenden unterstützt, da einer Über- resp. Unterforderung vorgebeugt wird.

Personalisierte Rekrutierungsmethoden, die die Persönlichkeit und die Werte der Bewerberinnen und Bewerber berücksichtigen, unterstützen die Überprüfung der Passung von

---

<sup>94</sup>Die Wertekongruenz sollte sowohl im Rahmen der Personalauswahl als auch im Rahmen der Sozialisation in der Strategie berücksichtigt werden. Da eine Passung von Mitarbeiter und Unternehmen einerseits bei der Personalauswahl wichtig ist und andererseits bei der Sozialisation eine Rolle spielen sollte. Deshalb ist diese Strategie sowohl unter C.1 Personalauswahl und C.2 Sozialisation aufgeführt.



*Person und Organisation resp. der Wertekongruenz und fördern das Commitment und einen langfristigen Verbleib in der Organisation. Darüber hinaus geben sie dem Bewerbenden das Gefühl, nicht anonymisiert ausgewählt zu werden; denn nicht nur die Organisation wählt geeignete Kandidatinnen und Kandidaten aus, sondern auch die Kandidatinnen und Kandidaten wählen geeignete Arbeitgeber, besonders bei einem Überangebot an Stellen.*

### C.2 Sozialisation

Nach Anstellungsbeginn durchläuft jeder Arbeitnehmende eine Sozialisationsphase. Dabei entdeckt sie resp. er bislang unbewusste Werte, wird vertraut mit den Umgangsformen, Ritualen und Eigenheiten der Organisation, die normalerweise bis zur Anstellung verborgen bleiben. Werden neue Mitarbeiter und Neueinsteigerinnen in der Sozialisationsphase aktiv unterstützt, können sie langfristig in das Unternehmen und die Unternehmenskultur integriert werden und es fällt ihnen leichter, sich in die Organisation einzufügen.

- Strategie 4: Wertekongruenz
- Strategie 5: Sozialisationsmöglichkeiten für Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger (durch Team, Arbeitskolleginnen und Kollegen und Vorgesetzte z.B. durch Mentoringprogramme)
- Strategie 6: Psychologische Unterstützung von Neueinsteigerinnen und Neueinsteigern (siehe auch Strategie 2.2: Emotionale Vorbereitung von Neueinsteigern auf die Erwartungen im Pflegealltag)

**Problem:** *Die Veränderungen der Pflegearbeit mit wachsendem Zeitdruck und Stress, hohem administrativem Aufwand und dem Mangel an Pflegepersonal setzen das Berufsethos unter Druck, erschweren die Entwicklung einer stabilen beruflichen Identität und von Arbeitszufriedenheit. Die Konsequenzen sind Kündigungen oder der Ausstieg aus dem Beruf.*

**Ziel:** *Wie bereits im vorhergehenden Abschnitt erwähnt, unterstützt die Wertekongruenz von Arbeitnehmenden und Arbeitgeber die Stabilisierung der beruflichen Identität – insbesondere von Neueinsteigerinnen und Neueinsteigern. Idealerweise wird sie bereits während der Rekrutierung und Personalauswahl berücksichtigt. Werden neue Mitarbeitende von Arbeitskolleginnen, -kollegen und Vorgesetzten unterstützt, fällt ihnen die Sozialisation leichter. Mentoringprogramme und psychologische Begleitung sind weitere Unterstützungsgefäße, die Mitarbeitenden helfen mit Unbehagen, Schwierigkeiten und Konflikten umzugehen.*

**Erklärung:** *Die Unterstützung bei der Sozialisation von Neueinsteigenden gepaart mit psychologischer Begleitung hilft im Umgang mit Stress, im Aufbau der beruflichen Identität und des Berufsethos sowie im Umgang mit der Diskrepanz von Ausbildung und Arbeitsrealität. Durch die aktive Begleitung von Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen sowie von Vorgesetzten können kündigungsrelevante Einflussfaktoren reguliert werden.*

## 10.5 Strategieframework: Umsetzung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse

*Wenn zusätzlich ein offener Dialog beispielsweise über Konflikte, Dilemmata, Stress oder Überforderungen gepflegt wird, kann die Entwicklung der beruflichen Identität, der Arbeitszufriedenheit und des Berufsethos unterstützt werden; alle Faktoren, die die Kündigungsabsicht der Mitarbeitenden reduzieren. Wird die Sozialisation neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aktiv begleitet, erleichtert dies den Einstieg in die Organisation, ins Team und macht die neuen Mitglieder schneller mit den Werten vertraut. Auch der Aufbau eines langfristigen Teamzusammenhalts und Commitments kann über Sozialisationsmassnahmen gefördert werden.*

### C.3.1 Personalentwicklung

In einem stark wertgeladenen Arbeitsfeld wie in der Pflege, wo es um die Gesundheit, Existenz und Menschen in Extremsituationen geht, sind Werte zufriedenheitsrelevant. Idealerweise teilen Pflegende und Patientinnen und Patienten ihre Vorstellung von guter Pflege weitgehend. Wichtig dabei ist, dass Pflegefachpersonen die Möglichkeit haben, ihrem Berufsethos entsprechend handeln zu können. Die enge Verknüpfung von Patientinnen und Patienten und Pflege verspricht langfristige Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit. Darüber hinaus sind die beruflichen Werte resp. das Berufsethos als Teil der beruflichen Identität mitbestimmend für die Entstehung von Arbeitszufriedenheit und die Reduktion der Kündigungsabsicht. Wenn nun diese Aspekte stärker in einer systematischen Personalentwicklung berücksichtigt würden, könnte der Personalbestand langfristig stabilisiert werden.

- Strategie 7: Strategische Personalplanung und -entwicklung
  - \* Strategie 7.1: Angemessene und flexible Personalplanung / Strategic Workforce Planning (z.B. Entwicklung und Implementierung eines strategischen Pflege-Retention-Programms)
  - \* Strategie 7.2: Systematische Zukunftsplanung / Succession Planning
  - \* Strategie 7.3: Berufliche Entwicklungsmöglichkeiten (z.B. Verbesselter Zugang zu Trainings und Weiterbildungsmöglichkeiten)
  - \* Strategie 7.4: Individualisierte Karriereplanung und Coachings
- Strategie 8: Stressbewältigungsmassnahmen (z.B. Stressbezogenes Kompetenztraining)
- Strategie 9: Gestaltung von fortschrittlichen Arbeitsbedingungen
  - \* Strategie 9.1: Arbeitsgestaltung (Job Enrichment, Job Rotation, Job Enlargement)
    - klare Verantwortlichkeiten, Regeln und Aufgabenteilung und Berücksichtigung zufriedenheitsauslösender Situationen
    - Orientierung am Job Characteristic Modell von Hackman & Oldham (siehe Diskussion)

- Reduktion und Regelung der Arbeitsmenge
- Mehr Kapazität der Pflegenden zu delegieren und zu überwachen
- Mitsprachemöglichkeiten
  - Partizipation in der Entscheidungsfindung (besonders, wenn diese die Pflege direkt betreffen)
  - Fokusgruppen (den Pflegenden eine Stimme geben)
  - Beteiligung der Pflegenden an der Entwicklung von Richtlinien auch auf politischer Ebene
- \* Strategie 9.2: Konkurrenzfähige Löhne und Fringe Benefits
- Strategie 10: Einführung von systematischen Mitarbeitergesprächen
  - \* Strategie 10.1: Regelmässige Mitarbeitergespräche
  - \* Strategie 10.2: Austrittsgespräche über Kündigungsgründe

**Problem:** Die veränderten Arbeitsbedingungen bergen Herausforderungen für die Entwicklung der beruflichen Identität, das Berufsethos und die Arbeitszufriedenheit. Auch fehlt eine Personalentwicklung, die den vielfältig qualifizierten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gerecht wird.

**Ziel:** Mit einer strategischen Personalplanung und einer systematischen Zukunftsplanung können Mitarbeitende optimal gefördert und entlastet werden, insbesondere in Kombination mit vielfältigen Entwicklungsmöglichkeiten und einer individualisierten Karriereplanung. So können beispielsweise Mitarbeitende mit Führungsqualitäten und -ambitionen aufgebaut und im Unternehmen gehalten werden.

**Erklärung:** Da sich die Arbeit im Zuge der Ökonomisierung, des technischen und medizinischen Fortschritts aber auch der demographischen Entwicklungen stark verändert und intensiviert hat resp. künftig noch intensivieren und verändern wird, können Stressbewältigungstrainings und eine klare Arbeitsgestaltung die entstandene Spannung zwischen Arbeitsbedingungen und Berufsethos, Motivation oder beruflicher Identität abbauen und die Arbeitszufriedenheit fördern. Dabei sind – nebst einer fortschrittlichen Arbeitsgestaltung mit klaren Zuständigkeiten, Mitsprachemöglichkeiten und der Kompetenz delegieren und überwachen zu können – konkurrenzfähige Löhne und Fringe Benefits notwendig. Mit einer verbesserten Regelung der Arbeitsmenge könnten darüber hinaus die Mitarbeitenden zusätzlich entlastet werden. Diese Veränderungen sind nicht nur für die Personalerhaltung förderlich, sondern setzen auch ein wichtiges Signal für den Pflegeberuf als attraktive Berufswahl. Ausserdem können mittels regelmässiger Mitarbeiter- und Austrittsgespräche Kündigungen früh antizipiert und im besten Fall verhindert werden. Darüber hinaus führen Austrittsgespräche zu einem tieferen Verständnis für die Kündigungsgründe, damit sich eine Organisation zu einer lernenden Organisation entwickeln kann.

### C.3.2 Führung

Eine gute Führung hat ebenfalls erheblichen Einfluss auf die Zufriedenheit der Mitarbeitenden. Pflegen Führungskräfte einen transparenten und gerechten Führungsstil können Mitarbeitende Vertrauen aufbauen und fühlen sich von ihren Vorgesetzten unterstützt. Dafür müssen geeignete Führungskräfte identifiziert und entsprechend aufgebaut werden. Nur so kann sichergestellt werden, dass Strategieziele und Personal- resp. Organisationsentwicklungsmassnahmen auf allen Hierarchieebenen umgesetzt werden.

- Strategie 11: Strategische Führungskräfteentwicklung
  - \* Strategie 11.1: Berücksichtigung von Generationenunterschieden (siehe Exkurs Kapitel 10.3.5)
  - \* Strategie 11.2: Führungskräftetrainings (auch in den Themen: Transparenz, Vertrauen, Integrität, Gerechtigkeit)
  - \* Strategie 11.3: Verstärkter Fokus auf Führungsherausforderungen in der Pflege
  - \* Strategie 11.4: Förderung der Kohäsion in Teams
    - Teamentwicklung (Training aller Teammitglieder)
    - Arbeitsteilung
    - Verbesserte Kommunikation / gut funktionierende horizontale Kommunikation
    - Ausgezeichnete Kommunikation von Management und Personal

**Problem:** Die Veränderungen im Gesundheitswesen stellen neue Herausforderungen für Führungskräfte dar. So wird beispielsweise von Führungskräften ein individueller Führungsstil erwartet, der gleichzeitig die Kohäsion in den Teams verbessert. Organisationen erwarten von Führungskräften, dass organisationale Veränderungen gut kommuniziert und mitgetragen werden. Oftmals sind die Führungskräfte im Gesundheitswesen für diese Aufgabe zu wenig vorbereitet, da ihnen eine adäquate Führungsausbildung fehlt.

**Ziel:** Über Führungskräftetrainings und die Berücksichtigung von Generationenunterschieden in der Führung können Führungskräfte auf eine zeitgemässe Personalführung, vor dem Hintergrund der vielfältigen Veränderungen im Gesundheitswesen resp. der Arbeitsbedingungen, vorbereitet werden.

**Erklärung:** Durch die Berücksichtigung von Generationenunterschieden sind Führungskräfte in der Lage, Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger beim Aufbau der beruflichen Identität und Arbeitszufriedenheit zu unterstützen sowie die Bedürfnisse erfahrener oder älterer Pflegefachkräfte zu antizipieren und gemeinsam Ziele und Wünsche umzusetzen und Konflikte souverän zu lösen. Führungskräfte sind Ansprechpartner für (Wert-)Konflikte, Dilemmata und Spannungen. Sie sind bei Enttäuschungen beispielsweise bezüglich Berufsideal und -realität oder bei der Möglichkeit zum Handeln entsprechend dem

*Berufsethos wichtige Partner für den Austausch, die Erarbeitung und die Umsetzung von Veränderungen und Lösungsmöglichkeiten. Deshalb kommt ihnen auch bei der Förderung der Kohäsion in Teams – speziell für eine gut funktionierende Kommunikation – eine bedeutende Rolle zu.*

*Gute Führungskräfte auf allen Hierarchieebenen sind ausserdem unentbehrlich für die Umsetzung von Strategien und Veränderungen. Nur wenn Führungskräfte die organisationalen Ziele verstehen und mittragen, können sie erfolgreich in der Gesamtorganisation umgesetzt werden. Sie sind mitverantwortlich für die Arbeitszufriedenheit des Personals, prägen die Organisationskultur, unterstützen Mitarbeitende im Aufbau der beruflichen Identität und in ihrer beruflichen Entwicklung und können somit erheblichen Einfluss auf die Kündigungsabsicht der Arbeitnehmenden haben.*

### C.4 Organisationsentwicklung

Eine systematische und fortschrittliche Personalentwicklung ist idealerweise Teil einer strategischen Organisationsentwicklung. Die Rahmenbedingungen, in welchen Mitarbeitende agieren und in welchen die Personalsozialisation und -entwicklung stattfinden, müssen einen fruchtbaren Boden dafür bieten. Initiativen sind nicht erfolgsgekrönt, wenn sie nicht in einem geeigneten Umfeld realisiert werden können und die Strukturen diese nicht ermöglichen.

- Strategie 12: Systematische Strategieentwicklung und -implementierung
  - Unternehmenskommunikation (Strategie und Initiativen über alle Hierarchieebenen klar kommunizieren und verdeutlichen, wie die Mitarbeitenden bei der Realisierung mitwirken können)
    - Wie sieht die Vision aus? Wie soll sie erreicht werden?
    - Was sind die Strategien? Mit welchen Massnahmen sollen sie umgesetzt werden?
    - Wie wird gemessen und kommuniziert, ob die Ziele erreicht wurden oder nicht?
- Strategie 13: Kulturentwicklung / ethisches Klima (siehe Exkurs Kapitel 10.3.3)
  - Veränderungen brauchen: Zeit, um die Gruppenharmonie aufrechtzuerhalten, ermutigendes Personal, Personal, das Vorschläge macht und Entscheidungen selbst fällt
  - Veränderung durch einen Hierarchieabbau: Ideal für Spitäler wäre eine einvernehmliche oder rationale Kultur:
    - Effizienz durch klare und detaillierte Arbeitsabläufe
    - Klare Strategien
    - Bereichs- und Abteilungsübergreifende Teamarbeit

### 10.5 Strategieframework: Umsetzung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse

- Strategie 14: Unterstützende Infrastrukturen (z.B. verbesserte Leistung und Produktion gepaart mit Sicherheitsmassnahmen)
- Strategie 15: Förderung von Magnet-Spital-Eigenschaften (siehe Exkurs Kapitel 10.3.5)
  - Administrative Unterstützung
  - Unterstützung bei Ausbildungen
  - Positive Arzt-Pflege-Beziehungen
  - Arbeit mit kompetenten Kolleginnen und Kollegen
  - Autonomie in der Pflege
  - Arbeitskultur mit einem Fokus auf die Patientinnen und Patienten
  - Kontrolle der Pflege über die pflegerischen Tätigkeiten
  - Angemessener Personalbestand

**Problem:** Im Zuge der Ökonomisierung im Gesundheitswesen müssen die Spitäler und Kliniken immer kosteneffizienter arbeiten. Dies stellt neue Herausforderungen an die Organisationstrategie, die Organisationskultur und die Infrastruktur. Diese müssen sich verändern, damit qualifizierte Pflegende für die Organisation gewonnen werden können und langfristig darin verbleiben.

**Ziel:** Mittels einer strategischen Organisationsentwicklung können Veränderungsmassnahmen optimal aufeinander abgestimmt und professionell realisiert werden. Dies soll zu Strukturen und einer Kultur führen, die die Arbeitszufriedenheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer fördert und die Kündigungsabsicht reduziert.

**Erklärung:** Eine systematische Strategieentwicklung und -implementierung möchte über eine klar definierte Unternehmensstrategie erfolgreich Veränderungen in Organisationen herbeiführen. Wenn die Strategien und damit verbundenen Initiativen über alle Hierarchiestufen hinweg verständlich und nachvollziehbar kommuniziert werden, können die Mitarbeitenden optimal in die Umsetzung einbezogen werden. Dabei ist wichtig, dass jeder Mitarbeitende weiss, welche Rolle sie resp. er übernimmt und ob die gesetzten Ziele erreicht wurden oder nicht. Das sind Voraussetzungen für eine erfolgreiche Organisationsentwicklung und dafür, damit sich Mitarbeitende auch während Veränderungsprozessen begleitet und einbezogen fühlen. So können die Arbeitszufriedenheit und berufliche Identität auch während organisationalen Anpassungen ermöglicht und die Kündigungsabsicht niedrig gehalten werden.

Spitäler sind hierarchisch aufgebaute Organisationen. Eine Kulturentwicklung weg von einer hierarchischen Kultur hin zu einer einvernehmlichen oder rationalen Kultur würde nicht nur die Arbeitsabläufe effizienter gestalten, sondern über eine verbesserte Teamarbeit auch das Unterstützungssystem für die Mitarbeitenden verbessern. Gerade für Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger ist der Support im Team wichtig. Eine unterstützende Organisationskultur kann neben der Sozialisation den Umgang mit Spannungsfeldern,

*Konflikten und Dilemmata erleichtern, was im veränderten Arbeitsumfeld zunehmend wichtiger wird. Dabei nehmen die Förderung der Kohäsion in den Teams und die Kommunikation über alle Hierarchieebenen hinweg eine prägende Rolle ein. Darüber hinaus ist die Förderung von Magnet-Spital-Eigenschaften in der Organisationentwicklung anzustreben. Diese Eigenschaften sind gemäss verschiedenen Erhebungen erfolgsversprechend in Bezug auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen und den Aufbau eines nachhaltigen Mitarbeiterstamms.*

### D. Umfassende Strategien

#### D.1 Wertereflexion und -diskussion

Bewusst oder unbewusst sind Werte im beruflichen und privaten Alltag allgegenwärtig. Werden Werte über alle Ebenen hinweg reflektiert und diskutiert, kann das in einem so wertgeladenen Arbeitsumfeld wie der Pflege den moralischen Druck erleichtern.

- Strategie 16: Bereichsübergreifende Wertereflexion und -diskussion

**Problem:** *Da Werte allgegenwärtig sind, bestimmen sie stets bewusst oder unbewusst unser Entscheiden und Handeln. Im Berufsalltag gelten Werte oftmals als „unprofessionell“ und werden deshalb in der Regel ausgeblendet oder kommen erst zur Sprache, wenn es bereits zu Konflikten gekommen ist. Dies ist in einem so wertgeladenen Arbeitsumfeld wie der Pflege problematisch, da von den Handlungen und Entscheiden Menschen direkt betroffen sind.*

**Ziel:** *Mit einer Wertereflexion und -diskussion über alle Ebenen und Organisationsbereiche hinweg, kann der moralische Druck in der Pflege reduziert werden. Neueinsteigerinnen und Neueinsteiger wären in der Lage persönliche und organisationale Werte zu reflektieren, was sie im Aufbau der beruflichen Identität und des Berufsethos unterstützen würde. Auch erfahrene Pflegende könnten verstehen und verbalisieren, welche Wertänderungen sie und das Berufsethos unter Druck setzen.*

**Erklärung:** *Abzudecken wären hier zwei Ebenen. Die Sollens-Ethik möchte die Frage erörtern „Was sollen wir tun?“ und die Strebens-Ethik setzt sich mit der Frage auseinander „Wie wollen wir leben?“. Dabei stehen beispielsweise Risiken und Belastungen von Behandlungen zur Debatte oder Gerechtigkeitsüberlegungen zum Umgang mit den begrenzt verfügbaren Gesundheitsressourcen. Die hier geforderte ethische Sensibilität und Urteilskompetenz kann nur geleistet werden, wenn sie über alle Ebenen hinweg als Kompetenz gefördert werden. Dafür braucht es neben der Ausbildung auch die Kommunikation und Kooperation der Professionen im Gesundheitswesen, die gestärkt werden müssen. Zusätzlich zu den Gerechtigkeitsüberlegungen müsste die Fürsorgeperspektive in den Ausbildungen berücksichtigt werden – wie dies die Care-Ethik postuliert. Dabei sollte allerdings nicht die „Genderdebatte“ im Zentrum stehen, sondern die gegenseitige inhaltliche Ergänzung der beiden Perspektiven (siehe Kapitel 5 für Erläuterungen zur Care-ethischen Debatte). Denn Fürsorgehandlungen lassen sich nicht ausschliesslich mit Fürsorgewerten legitimieren und die Gerechtigkeitsperspektive könnte gerade im Gesundheitswesen, wo*

## 10.5 Strategieframework: Umsetzung der theoretischen und empirischen Erkenntnisse

*zwischenmenschliche Beziehungen zentral sind, durch eine Kombination mit der Fürsorgeperspektive eine wichtige Ergänzung erfahren.*

*Ein weiteres Lernziel kann auch die „selbstständige Reflexion“ sein, „da das Gesundheitspersonal immer wieder mit neuartigen Problemkonstellationen konfrontiert sein wird, für die es keine „vorgefertigten“ Antworten gibt.“<sup>95</sup> Wenn auf politischer und gesellschaftlicher Ebene, wie auch in den Ausbildungen und Organisationen die Wertereflexion und -diskussion praktiziert werden, unterstützt das nicht nur die Transparenz im Gesundheitswesen, sondern hilft beim Aufbau und der Erhaltung der beruflichen Identität, des Berufsethos und der Arbeitszufriedenheit der darin Tätigen. Damit erhalten, neben der ökonomischen, auch andere Grundhaltungen einen Stellenwert im Gesundheitswesen und im Berufsalltag, was den moralischen Stress reduziert und den Umgang mit (Wert-)Konflikten verbessert.*

### 10.5.3 Abschluss

Das Strategieframework diskutiert mögliche Strategien, um die hohe Fluktuation im Gesundheitswesen zu reduzieren. Es fokussiert dabei sechs Bereiche, die in den theoretischen Grundlagen und der empirischen Erhebung als bedeutsam identifiziert wurden. Die Strategien setzen an der beruflichen Identität, dem Berufsethos, der Arbeitszufriedenheit sowie der Kündigungsabsicht an und thematisieren, wie diese, über sechs Bereiche hinweg, gestärkt resp. verringert werden könnten.

Abbildung 10.13 zeigt nochmals die sechs Bereiche und führt die dazugehörigen Strategien auf. In einem nächsten Schritt müssten das Framework verifiziert und zu den Strategien Initiativen mit entsprechendem Zeithorizont definiert werden.

Das Strategieframework unterstützt Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger im Gesundheitswesen in einer fortschrittlichen Strategieentwicklung, die Mitarbeiterbedürfnisse mit organisationalen Zielen kombiniert. Darüber hinaus adressiert das Strategieframework einen langfristigen Zeithorizont mit dem Ziel, nachhaltige Veränderungen herbeizuführen, um den Personalmangel im Gesundheitswesen anzugehen. Dies kann mit einer ganzheitlichen Personal- und Organisationsentwicklung auf verschiedenen Ebenen erreicht werden.

Durch die nachhaltige und ganzheitliche Ausgestaltung des Strategieframeworks adressiert es vor dem Hintergrund der explodierenden Gesundheitskosten und dem akuten Personalmangel im Gesundheitswesen eine ökonomische Notwendigkeit. Es ist ein Praxismodell, dass sich an den Notwendigkeiten der Personal- und Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen orientiert und künftige Intensivierungen der Situation antizipiert.

Abschliessend hervorzuheben ist allerdings, dass es im Gesundheitswesen grundsätzlich

---

<sup>95</sup>Marckmann, 2011



immer auch Personalabteilungen und Führungskräfte braucht, die in der Lage sind, Personalentwicklungs- und Organisationsentwicklungsmaßnahmen zu planen, zu realisieren und zu evaluieren. Somit wäre der erste Schritt dieses qualifizierte Personal zu rekrutieren und von Anfang an in den Strategieplanungsprozess zu involvieren. Das Personal hat allerdings auch einen Beitrag zu leisten und trägt die Verantwortung für die Bereitschaft zur Weiterentwicklung.

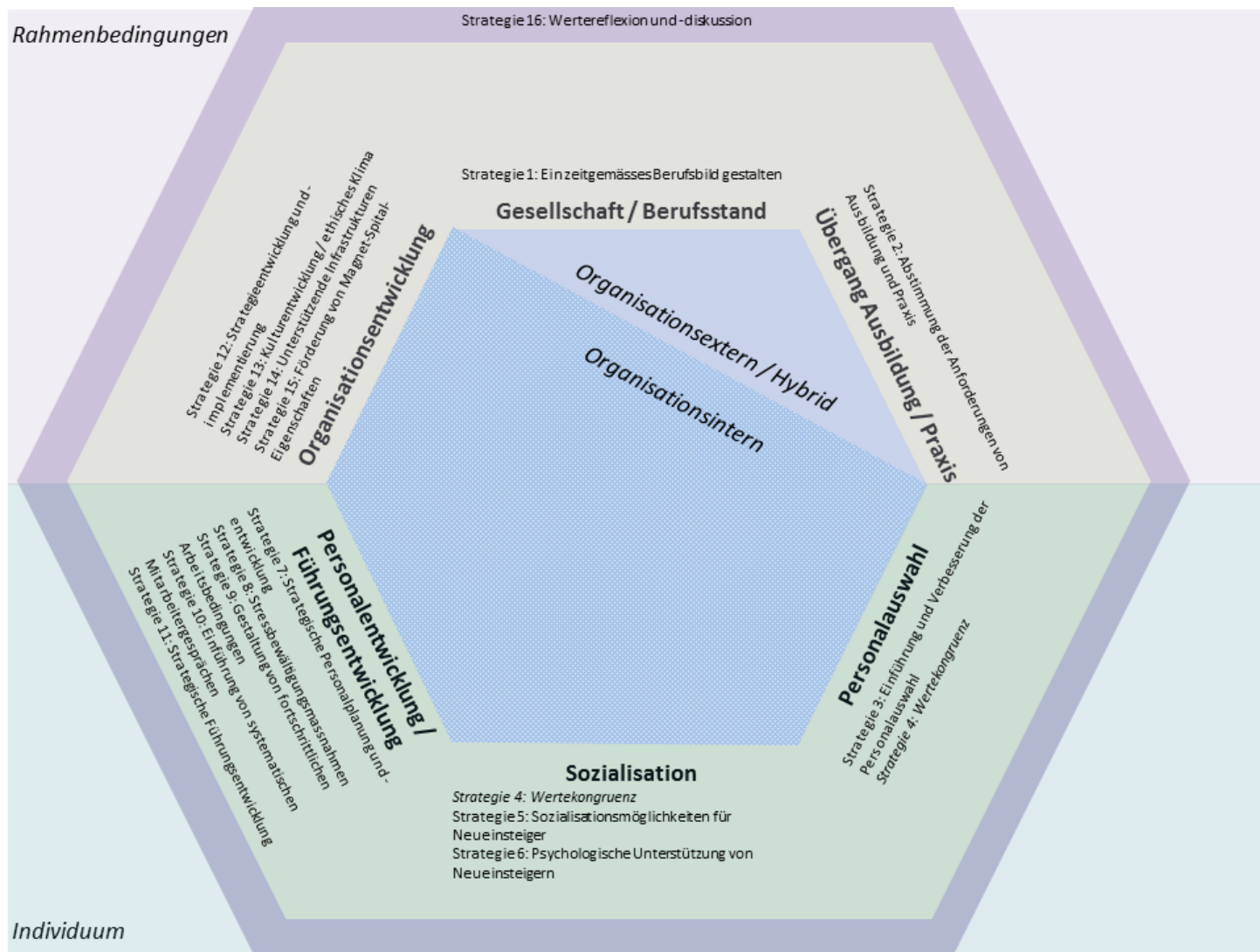


Abbildung 10.13: Übersicht über das Strategieframework

## 10.6 Einschränkungen und Implikationen für weiterführende Forschungsprojekte

Die wohl wichtigste Einschränkung ist die Stichprobengrösse. Mit 267 Umfrageteilnehmenden ist die Stichprobe für die Grundgesamtheit zu gering. Empfohlen wäre eine Stichprobengrösse von 382 Probanden. Dennoch liefern die Ergebnisse wertvolle Erkenntnisse für künftige Forschungen, für die Ausbildungsinstitutionen sowie für die Personal- und Organisationsentwicklung in Spitälern und Langzeitinstitutionen. Über 500 Personen haben den Fragebogen begonnen, doch wahrscheinlich aufgrund der Länge von rund 30 Minuten abgebrochen. Schon bei der Fragebogenentwicklung war dieses Risiko bekannt, wurde aber bewusst in Kauf genommen, um neben der Skalenentwicklung Aussagen über Zusammenhänge mit arbeitspsychologischen Konstrukten machen zu können.

Wie erwartet ergab sich bei der Erhebung zum Berufsethos ein Deckeneffekt, einerseits da „*positiv*“ konnotierte Werte, die eine Berufsgruppe beschreiben, in der Regel von dieser nicht abgelehnt werden und andererseits, da bei der Itementwicklung Items verwendet wurden, die von Vertreterinnen und Vertretern der untersuchten Berufsgruppe als wichtig genannt wurden. Dem Deckeneffekt könnte durch eine Anpassung der Einschätzungsskala entgegengewirkt werden. Durch den Einsatz einer rein positiven Ratingskala könnte eine Differenzierung im positive Bereich erreicht werden. Warum für diese Erhebung von diesem Vorgehen abgesehen wurde, wurde in Kapitel 8.5 dargelegt.

In dieser Studie wurde ausserdem „*nur*“ die Kündigungsabsicht erhoben und nicht das tatsächliche Kündigungsverhalten. Obwohl auch diese Studie die Kündigungsabsicht bei realen Arbeitnehmenden erhebt, wurde die Kündigungsabsicht als Surrogatvariable für die Kündigung verwendet. Viele Forschungen wählen dieses Vorgehen, da diese Stichprobe leichter zugänglich ist. Doch die Erhebungsform hat ihre Mängel: Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer können verschiedene Kündigungsgründe nennen und auch ihre Kündigungsabsicht äusseren, ohne dass sie tatsächlich kündigen.<sup>96</sup> Künftige Forschung sollte sich auf die tatsächlichen Kündigungen konzentrieren – auf diejenigen Pflegefachpersonen, die tatsächlich den Kündigungsentscheid durchlaufen haben.

In weiteren Studien könnte das Instrument zur Erfassung des Berufsethos bei einer grösseren Stichprobe validiert und weiterentwickelt werden. Gegenstand künftiger Forschung könnte darüber hinaus eine vertiefte Analyse von Moderator- und Mediatorvariablen sein, die die Beziehung von beruflicher Identität, Berufsethos und Arbeitszufriedenheit resp. Kündigungsabsicht beeinflussen. Wie beispielsweise der Führungsstil, die Autonomie oder Kommunikation am Arbeitsplatz und das Arbeitsklima. Ausserdem könnten Personalentwicklungsprogramme entwickelt werden, die die Entwicklung der beruflichen Identität unterstützen und begleiten oder den Pflegefachpersonen Möglichkeiten bieten, sich mit ihren persönlichen Werten und noch wichtiger mit Werteinkongruenzen aktiv auseinanderzusetzen zu können.

---

<sup>96</sup>Morrell, 2005

## 10.7 Schlussbetrachtung

Die historische Entwicklung der Pflege resp. des Pflegeberufs hat gezeigt, dass die Pflege wiederkehrend Sparzwängen und Personalkrisen gegenüberstand. Die Einsparungen, die in Phasen wirtschaftlichen Wachstums und genügenden Personals stattfanden, setzten oftmals beim Personal an. In der Konsequenz büsste der Pflegeberuf – hauptsächlich in Bezug auf die Arbeitsbedingungen – an Attraktivität ein, was in Zeiten der Personalknappheit die Krise verschärfte und die Ausbildungsstätten vor neue Herausforderungen stellte. Parallel dazu bestand über Jahrtausende hinweg das Spannungsfeld zwischen Medizin und Pflege, wobei die Pflege stets nach fachlicher Eigenständigkeit und professioneller Anerkennung strebte und sich von der Medizin zu emanzipieren versuchte. Dies gelang insofern, dass die Pflege durch die Professionalisierung und Akademisierung sowohl wissenschaftlich als auch praktisch grossen Stellenwert erhielt.

Interessant ist die Beobachtung, dass sich die Pflegewissenschaft und -praxis lange Zeit synchron entwickelt haben. Heute jedoch zeichnet sich mit der Akademisierung – mit Ausbildungs- und Abschlussmöglichkeiten auf Hochschulstufe – zunehmend eine Teilung in zwei Stränge ab, wobei die Pflegewissenschaft auf Hochschulstufe eine gleichwertige Anerkennung wie die traditionellen Disziplinen Medizin oder Jurisprudenz anstrebt und sich weg „*vom Bett*“ hin zu Forschungskarrieren bewegt. Auf der anderen Seite stehen die praktisch orientierten Ausbildungen, die nach wie vor die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten als primäres Ausbildungsziel verfolgen. In der Literatur wird in diesem Zusammenhang von einer sogenannten „*Pflegefalle*“, spezifisch von der „*Karriere-Falle*“ gesprochen:

*„Die Karriere-Falle sorgt dafür, dass innerhalb der Berufsgruppe jede Entwicklung nach oben kritisch beurteilt wird. Wer sich in der Pflege vom Bett wegbewegt, gehört nicht mehr dazu, hat versagt. „Wir brauchen keine Feinde – wir machen uns gegenseitig fertig“ [...]. 1. Die akademisierte Pflege hat sich der Ökonomie und dem ökonomischen Diskurs angenähert und 2. hat sie sich von den Berufsangehörigen immer weiter entfernt [...].“<sup>97</sup>*

Die Spaltung in der Pflegedisziplin ist auch für die Personalplanung problematisch, weil zu den grossen Entwicklungsschritten der Pflegewissenschaft parallel dazu in den Organisationen nur kleine Schritte stattfanden. Die Weiterentwicklung der Ausbildungen braucht Äquivalente in den Organisationen, die hochqualifizierten Pflegefachpersonen angemessene Entwicklungsmöglichkeiten bieten und dennoch eine Versorgung der Patientinnen und Patienten sicherstellen (Abbildung 10.14). Abbildung 10.14 versucht die Konsequenz der divergierenden Entwicklung von Pflegewissenschaft und -praxis zu veranschaulichen. In Romben dargestellt sind die Abschlüsse der Pflegewissenschaft, diesen gegenüber stehen, mit weiteren Formen illustriert, die beruflichen Äquivalente. Es fällt auf, dass in der Pflegepraxis nur begrenzt Positionen zu Verfügung stehen, die den Kompetenzen der hochqualifizierten Absolventen angemessen sind. Diese Absolventinnen und

<sup>97</sup>Friesacher, 2012, 67

Absolventen haben zwar die Möglichkeit eine Hochschul- oder Forschungskarriere anzustreben, jedoch fehlen sie in der direkten Patientenpflege. Deshalb wäre ein wichtiger Schritt, die bestehende Lücke zwischen Ausbildung und Praxis zu schliessen.

Es reicht nicht nur die Akademisierung voranzutreiben. Zuerst müssen die Barrieren innerhalb der Disziplin selbst überwunden werden.<sup>98</sup> Es braucht eine verbesserte Orchestrierung der Personal- und Organisationsentwicklung, um angemessene Stellen für hochqualifizierte Pflegenden zu schaffen und die Patientenbetreuung sicherzustellen. Die Versorgung der Patientinnen und Patienten ist mit dem steigenden Pflegebedarf und der demographischen Entwicklung zu einer weltweiten Herausforderung geworden, die den Bedarf an qualifiziertem Gesundheitspersonal intensiviert hat.

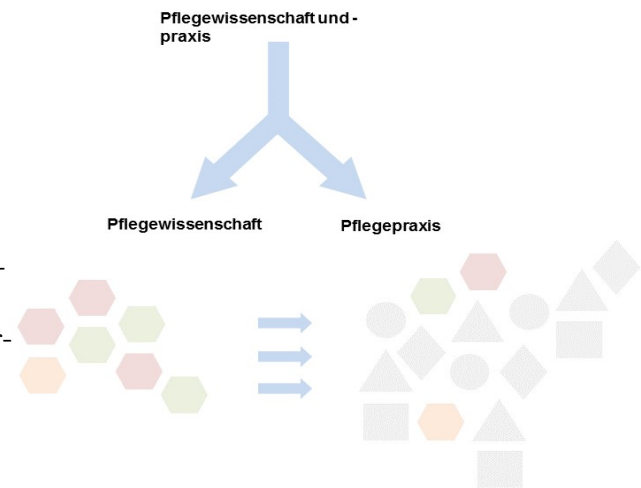


Abbildung 10.14: Entwicklung Ausbildung und Pflegepraxis

Trotz Einsparungen, aufgrund des technischen Fortschritts, sind die Gesundheitskosten seit der Kostenexplosion in den 1990er Jahren stetig weiter gestiegen. Global versuchen die Gesundheitssysteme die Kosten durch internationalen Wettbewerb einzudämmen. Instrument dafür sind die DRGs, womit versucht wird, durch Standardisierung die Kosten zu kontrollieren und die Effizienz zu steigern. Ausserdem stellt sich mit der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens in der Schweiz die Frage, inwiefern durch liberalisierte Märkte der Staat seine Regulierungsfunktion noch wahrnehmen kann. Wenn sich Ausbildungsinstitutionen „ausschliesslich“ am internationalen Forschungsdiskurs orientieren, Organisationen ihre Leistungen primär nach ökonomischen Gesichtspunkten erbringen und die Politik ihren regulierenden Einfluss verliert, entfernen sich Bildung, Praxis und Politik noch weiter vom Ziel einer integrierten Versorgung. Dennoch ist für die Schweiz die internationale Anbindung auf allen Ebenen unerlässlich, damit der Lebensstandard und damit die führende Gesundheitsversorgung in der Schweiz nachhaltig gewährleistet werden können. Für eine verbesserte integrierte Versorgung bräuchte es gegenseitige Kenntnis der Erwartungen und Möglichkeiten, definierte Rahmenbedingungen, neue Modelle von Versorgungsorganisationen und ein gemeinsames übergeordnetes Ziel.

Doch nicht nur das politische und wirtschaftliche Umfeld beeinflussen die Vorstellungen der Versorgung, sondern auch das vorherrschende Menschenbild. Diese Bereiche wiederum sind auch prägend für die zugrundeliegenden Werte in der Pflege und damit für

<sup>98</sup>West, Griffith & Iphofen, 2007

ihr Berufsethos. In der vorliegenden Arbeit wurde erstmals das Berufsethos der Pflege quantitativ gemessen und auf seine Zusammenhänge mit der beruflichen Identität, den verschiedenen Formen der Arbeitszufriedenheit und der Kündigungsabsicht hin empirisch untersucht. Aus den Resultaten wird die Bedeutung des Berufsethos deutlich: Patientinnen und Pflegenden teilen sich viele Werte und aus dem direkten Patientenkontakt zieht die Mehrheit der Befragten ihre Zufriedenheit mit der Arbeit. Abbildung 10.15 gibt eine Übersicht über die mögliche Wirkweise der untersuchten Konstrukte.

Darüber hinaus wurde mit dieser Arbeit die eingangs erläuterte Theorie von Luhmann teilweise empirisch überprüft werden. Gesellschaftliche, politische und ökonomische Veränderungen beeinflussen den Arbeitsalltag. In einer Gesellschaft, in der die Karriere-Identität zur „universellen“ Identität wird, beeinflusst dies gezwungenermaßen die berufliche Identität und das Berufsethos. Gleichzeitig – so Luhmann – führen die gesellschaftlichen Veränderungen dazu, wie das Helfen in einer Gesellschaft ausgestaltet ist. In modernen Gesellschaften werden Ausbildung, Karriere und akademische Titel immer wichtiger – auch in helfenden Berufen wie der Pflege. Das beeinflusst die Berufswerte und ihren Stellenwert im Arbeitsalltag. Können Pflegefachpersonen nicht mehr ihren Grundwerten entsprechend handeln, wird moralischer Druck erzeugt. Das wiederum beeinflusst die Identifikationsmöglichkeit mit dem Beruf, die Arbeitszufriedenheit und kann Kündigungen auslösen. Deshalb ist das Berufsethos für eine fortschrittliche Personalentwicklung eine interessante Komponente, die für die Personalauswahl, Karriereentwicklung und die Gestaltung des Arbeitsumfelds neue Erkenntnisse liefern kann. Gerade vor dem Hintergrund der hohen Fluktuation im Gesundheitswesen können nicht nur monetäre Anreize das Personal zum Bleiben bewegen, sondern in einem emotionalen und wertgeladenen Umfeld wie dem Gesundheitswesen wäre eine stärkere Berücksichtigung der beruflichen Werte einer Person hilfreich. So können Wertinkongruenzen angegangen und ein Organisationsklima geschaffen werden, das für die Arbeitnehmenden „*moralisch bewohnbar*“ ist. Positive Konsequenzen könnten eine gestärkte berufliche Identität und Arbeitszufriedenheit sein und folglich reduzierte Kündigungsraten.

Keinesfalls soll mit dieser Arbeit zur Manipulation der Mitarbeitenden angehalten werden. Doch wenn es stimmt, dass wir heute nach Zahlen leben und sterben und auch nach Zahlen arbeiten, wie dies die Kennzahlen der Betriebswirtschaftslehre nahelegen und diese Paradigmen Einzug in die Hochschullandschaft, Forschung und Arbeitswelt gehalten haben, braucht es dabei auch die Berücksichtigung des Menschlichen in der Strukturierung, Gestaltung und Weiterentwicklung der Pflegearbeit. Offen bleibt zum Schluss aber immer die Frage: „*Was lässt sich am Menschlichen managen?*“<sup>99</sup>

---

<sup>99</sup>Schmid, 2014

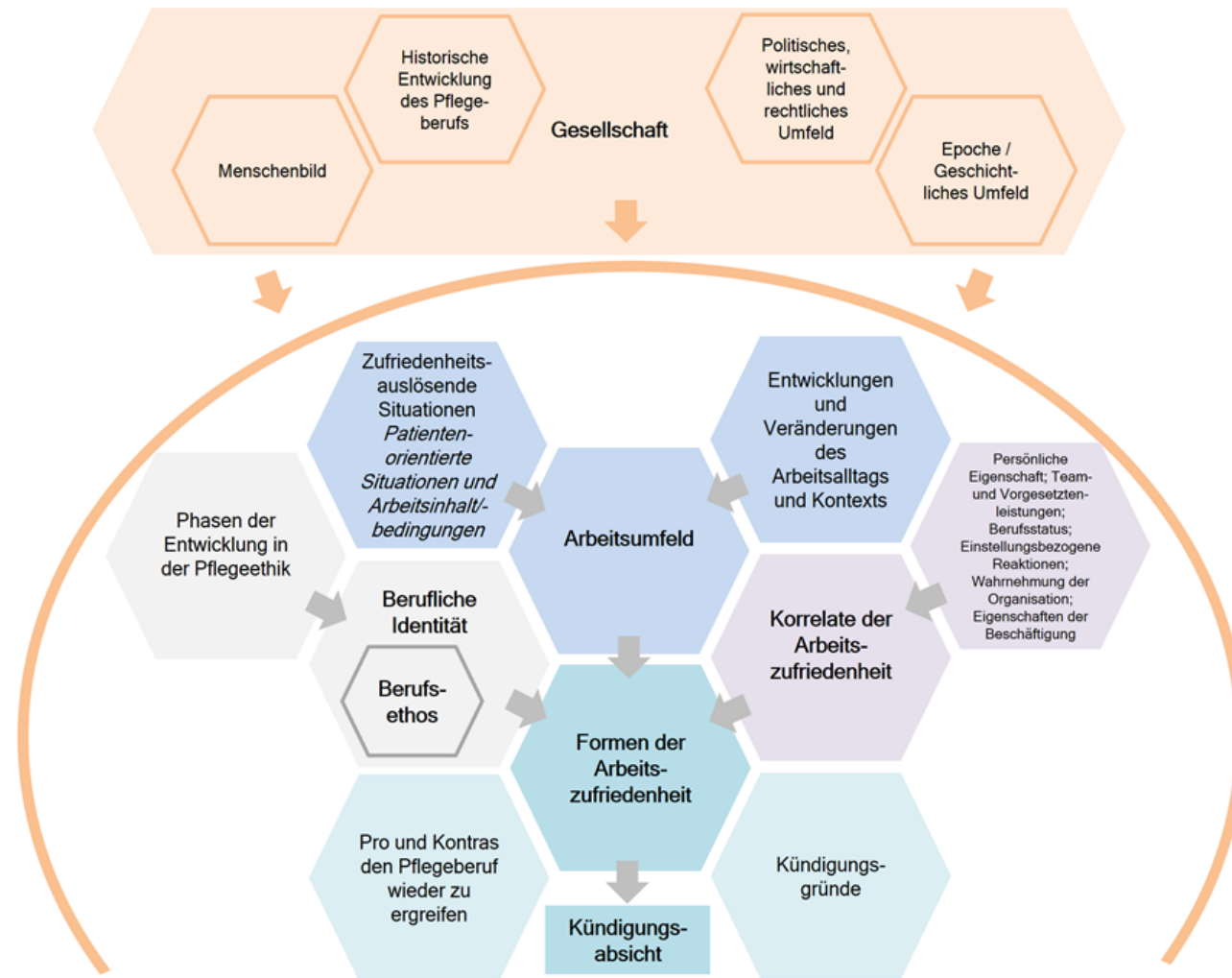


Abbildung 10.15: Übersicht über die mögliche Wirkweise der untersuchten Konstrukte

---

# Literaturverzeichnis

- [1] Ackerknecht, E. (1971). *Medicine and Ethnology*. Bern: Huber.
- [2] Adams, K., Hean, S., Sturgis, P. & Macleod, C. (2006). Investigating the factors influencing professional identity of first-year health and social care students. *Learning in Health and Social Care*, 5(2): 55–68. doi: 10.1111/j.1473-6861.2006.00119.x
- [3] Addor, V., Schwendimann, R., Gauthier, J. A., Wernli, B., Jäckel, D. & Paignon, A. (2016). «nurses at work» – Studie zu den Laufbahnen im Pflegeberuf über die letzten 40 Jahre in der Schweiz (Obsan Bulletin 8/2016). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- [4] Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J. A., Busse, R., Clarke, H., Giovannetti, P., Hunt, J., Rafferty, A. M. & Shamian, J. (2001). Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. *Health Affairs*, 20(3): 43-53. doi: 10.1377/hlt-haff.20.3.43
- [5] Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., Poghosyan, L., Cho, E., You, L., Finlayson, M., Kanai-Pak, M. & Aunguroch, Y. (2011). Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(4): 357-364. doi: 10.1093/intqhc/mzr022
- [6] Aiken, L. H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D. M., Busse, R., McKee, M., Bruyneel, L., Rafferty, A. M., Griffiths, P., Moreno-Casbas, M. T., Tishelman, C., Scott, A., Brzostek, M., Kinnunen, J., Schwendimann, R., Heinen, M., Zikos, D., Stromseng Sjetne, I., Smith H. L. & Kutney-Lee, A. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*, 344: e1717. doi: 10.1136/bmj.e1717
- [7] Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K. & Sermeus, W. (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2): 143-153. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009
- [8] Alderfer, C. P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. *Organi-*



- zational Behavior and Human Decision Processes*, 4(2): 142-175. doi:10.1016/0030-5073(69)90004-X
- [9] Altun, I. (2002). Burnout and Nurses' Personal and Professional Values. *Nursing Ethics*, 9(3): 269-278. doi: 10.1191/0969733002ne509oa
- [10] Altunaş, S. (2014). Factors affecting the job satisfaction levels and quit intentions of academic nurses. *Nurse Education Today*, 34(4): 513-519. doi: 10.1016/j.nedt.2013.07.002
- [11] Amrhein, V. (2013). Ein Knie mehr. *Horizonte*, 96: 13.
- [12] Andrew, N. (2012). Professional identity in nursing: Are we there yet? *Nurse Education Today*, 32(8): 846-849. doi: 10.1016/j.nedt.2012.03.014
- [13] Apker, J., Propp, K. M. & Zabava Ford, W. S. (2005). Negotiating Status and Identity Tensions in Healthcare Team Interactions: An Exploration of Nurse Role Dialectics. *Journal of Applied Communication Research*, 33(2): 93-115. doi: 10.1080/00909880500044620
- [14] Applebaum, D., Fowler, S., Fiedler, N., Osinubi, O. & Robson, M. (2010). The Impact of Environmental Factors on Nursing Stress, Job Satisfaction, and Turnover Intention. *Journal of Nursing Administration*, 40(7/8): 323-328. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181e9393b
- [15] Ausserhofer, D., Gehri, B., De Geest, S., Fierz, K. & Schwendimann, R. (2015). Qualitäts- und Praxisentwicklung in Schweizer Akutspitälern durch Studienergebnisse – Eine Follow-up-Befragung von Pflegedirektor(inn)en der RN4CAST Spitäler. *Pflege*, 28(1): 49-56. doi: 10.1024/1012-5302/a000404
- [16] Auth, D. (2012). Ökonomisierung von Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45(7): 618-623. doi:10.1007/s00391-012-0389-0
- [17] Bals, T. (2011). 4.3 Gewinnung neuer Kompetenzprofile für die Berufe des Gesundheitswesens. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen* (68-75). Stuttgart: Schattauer.
- [18] Balthasar, A. (2010). Politikwissenschaftliche Überlegungen zur Personalrekrutierung und -migration im Gesundheitsbereich. Beitrag anlässlich der Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik vom 11. November 2010 in Bern.
- [19] Baly, M. E. (1986). *Florence Nightingale and the Nursing Legacy*. London: Croom Helm.
- [20] Barbour, J. B. & Lammers, J. C. (2015). Measuring professional identity: a review of the literature and a multilevel confirmatory factor analysis of professional identity constructs. *Journal of Professions and Organizations*, 2(1): 38-60. doi: 10.1093/jpo/jou009

- [21] Barriball, K. L. Y & While, A. E. (1996). The similarities and differences between nurses with different career choice profiles: findings of an interview survey. *Journal of Advanced Nursing*, 23(2): 380-388. doi:10.1111/j.1365-2648.1996.tb02682.x
- [22] Barron, D. & West, E. (2005). Leaving nursing: an event-history analysis of nurses' careers. *Journal of Health Services Research & Policy*, 10(3): 150-157. doi: 10.1258/1355819054338924
- [23] Bauer, F. (1965). *Geschichte der Krankenpflege. Handbuch der Entstehung und Entwicklung der Krankenpflege von der Frühzeit bis zur Gegenwart*. Kulmbach: Bauermann.
- [24] Baumann-Hölzle, R. (2007). Das „Manifest für eine faire Mittelverteilung im Gesundheitswesen“. Entstehung, Inhalte und Wirkungsgeschichte. In: Markus Zimmermann-Acklin & Hans Halter (Hrsg.): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz* (34-44). Basel: EMH.
- [25] Beach, D. (2010). Neoliberal Restructuring in Education and Health Professions in Europe. *Current Sociology*, 58(4): 551-569. doi: 10.1177/0011392110367998
- [26] Beck, U. (1997). *Was ist Globalisierung?* (13-32). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [27] Beck, K. (2000). Growing importance of capitation in Switzerland. *Health Care Management Science*, 3(2): 111-119. doi:10.1023/A:1019081021645
- [28] Beecroft, P. C., Dorey, F. & Wenten, M. (2008). Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1): 41-52. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04570.x
- [29] Biller-Andorno, N. (2014). Fallpauschalen in Schweizer Spitälern – eine erste Bilanz. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(6): 216-217.
- [30] Bischoff, C. (1994). *Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert*. Frankfurt: Campus.
- [31] Bjørk, I. T., Samdal, G. B., Hansen, B. S., Tørstad, S. & Hamilton, G. A. (2007). Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5): 7417-757. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.01.002
- [32] Björkström, M. E., Athlin, E. E. & Johansson, I. S. (2008). Nurses' development of professional self – from being a nursing student in a baccalaureate programme to an experienced nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10): 1380-1391. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02014.x
- [33] Blazek, M., Smith, F. M., Lemešová, M. & Hricová, P. (2015). Ethics of care across professional and everyday positionalities: The (un)expected impacts of participatory video with young female carers in Slovakia. *Geoforum*, 61: 45-55. doi: 10.1016/j.geoforum.2015.02.017

- [34] Blegen, M. A. (1993). Nurses' Job Satisfaction: A Meta-Analysis Of Related Variables. *Nursing Research*, 42(1): 36-41. doi: 10.1097/00006199-199301000-00007
- [35] Bodarwé, K. (2002). Pflege und Medizin in mittelalterlichen Frauenkonventen. *Medizinhistorisches Journal*, 37(3/4): 231-263. doi: 10.2307/25805323
- [36] Böhlke, N., Gerlinger, T., Mosebach, K., Schmucker, R. & Schulten T., (Hrsg.) (2009). *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten*. Hamburg: VSA.
- [37] Borda, R.G. & Norman, I.J. (1997). Factors influencing turnover and absence of nurses: a research review. *International Journal of Nursing Studies*, 34(6): 385-394. doi: 10.1016/S0020-7489(97)00031-X
- [38] Borry, P., Schotsmans, P. & Dierickx, K. (2005). The Birth of the Empirical Turn in Bioethics. *Bioethics*, 19(1): 49-71. doi: 10.1111/j.1467-8519.2005.00424.x
- [39] Bosswell, W. R., Shipp, A. J., Payner, S. C. & Culbertson, S. S. (2009). Changes in Newcomer Job Satisfaction over Time: Examining the Pattern of Honeymoons and Hangovers. *Journal of Applied Psychology*, 94(4): 844-858. doi: 10.1037/a0014975
- [40] Brandenburg, H. (2012). Qualitätsindikatoren für die stationäre Altenhilfe – auf dem Weg zur guten Pflege? In: Hermann Brandenburg & Helen Kohlen (Hrsg.): *Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive* (81-102). Stuttgart: Kohlhammer.
- [41] Brauchli, R., Bauer, G.F. & Hämming, O. (2014). Job Autonomy Buffers the Impact of Work-Life Conflict on Organizational Outcomes. *Swiss Journal of Psychology*, 73(2): 77-86. doi: 10.1024/1421-0185/a000126
- [42] Breitenstein, S. & Wepf, M. (2015). Schlüsselfunktion zwischen Arzt und Patient mit besonderen Aufgaben. *Competence*, 79(11): 24-25.
- [43] Brucker, C. M. (1990). *Moralstrukturen. Grundlagen der Care-Ethik*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- [44] Bruggemann, A., Groskurth, P. & Ulich, E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Bern: Huber.
- [45] Buchan, J. (1999). Still attractive after all these years? Magnet hospitals in a changing health care environment. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1): 100-108. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01054.x
- [46] Buchan, J. (2010). Reviewing the Benefits of Health Workforce Stability. *Human Resources for Health*, 8(29): 1-5. doi: 10.1186/1478-4491-8-29
- [47] Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2005). *Das schweizerische Gesundheitswesen*. Bern: BAG. <http://www.bag.admin.ch/org/>, aufgerufen am: 4. Mai 2015.

- [48] Bundesamt für Statistik (BFS) (2007). *Beschäftigte im Gesundheitswesen. Fakten und Trends auf der Basis der Betriebszählungen von 1995 bis 2005*. Bern: BFS. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=2977>, aufgerufen am: 17. April 2015.
- [49] Bürgstein, W. E. (2007). Sozialethische Überlegungen zum Kriterium der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. In: Markus Zimmermann-Acklin & Hans Halter (Hrsg.): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz* (195-204). Basel: EMH.
- [50] Burns, N. & Groves, S. K. (2009). *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. Saint Louis: Saunders Elsevier.
- [51] Büscher, A. (2011). 4.2 Internationale Modelle interdisziplinärer Praxis. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen* (63-67). Stuttgart: Schattauer.
- [52] Büssing, A. & Bissels, T. (1998). Different Forms of Work Satisfaction: Concept and Qualitative Research. *European Psychologist*, 3(3): 209-218. doi: 10.1027/1016-9040.3.3.209
- [53] Cangelosi, J. D. Jr., Markham, F. S. & Bounds, W. T. (1998). Factors Related to Nurse Retention and Turnover. *Health Marketing Quarterly*, 15(3): 25-43. doi: 10.1300/J026v15n0302
- [54] Caricati, L., Sala, R., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., Ricchi, A., Scardino, M., Artioli, G. & Mancini, T. (2014). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of Nursing Management*, 22(8): 984-994. doi: 10.1111/jonm.12079
- [55] Carigiet, E. & Grob, D. (2007). Weder fair noch rational – Rationierung im Gesundheitswesen aus sozialpolitischer Sicht. In: Markus Zimmermann-Acklin & Hans Halter (Hrsg.): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz* (293-302). Basel: EMH.
- [56] Carrillo-Garcia, C., Solano-Ruiz, M. C., Martinez-Roche, M. E. & Gomez-Garcia, C. I. (2013). Job satisfaction among health care workers: the role of gender and age. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(6): 1314-1320. doi: 10.1590/0104-1169.3224.2369
- [57] Cassier-Woidasky, A. K. (1998). Was erwartet die Bevölkerung von ihrem Krankenhaus? *Pflege*, 11(5): 248-254.
- [58] Castle, N. G. (2010). An instrument to measure job satisfaction of certified nurse assistants. *Applied Nursing Research*, 23(4): 214-220. doi: 10.1016/j.apnr.2008.09.005
- [59] Cattaneo, P., & Kwiatecki, M. T. (2012). Fluktuationskosten – der überunterschätzte Kostentreiber. *Clinicum*, 6(12): 88-90.

- [60] Cavanagh, S. J. (1989). Nursing turnover: literature review and methodological critique. *Journal of Advanced Nursing*, 14(7): 587-596. doi: 10.1111/j.1365-2648.1989.tb01595.x
- [61] Cavanagh, S. J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 17(6): 704-711. doi: 10.1111/j.1365-2648.1992.tb01968.x
- [62] Chan, M. F., Leong, S. M., Luk, L. A., Yeung, S. M. & Van, I. K. (2009). Exploring the profiles of nurses' job satisfaction in Macau: results of a cluster analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 19(3/4): 470-478. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02902.x
- [63] Chen, H.-C., Chu, C.-I., Wang, Y.-H. & Lin, L. C. (2008). Turnover factors revisited: A longitudinal study of Taiwan-based staff nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 45(2): 277-285. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.010
- [64] Chen, Y. M. & Johantgen, M. E. (2010). Magnet Hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8): 1001-1012. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.12.016
- [65] Clark, P. F. & Clark, D. A. (2003). Challenges facing nurses' associations and unions: A global perspective. *International Labour Review*, 142(1): 29-47. doi: 10.1111/j.1564-913X.2003.tb00251.x
- [66] Cline, D., Reilly, C. & Moore, J. F. (2003). What's behind RN turnover? *Nursing Management*, 34(10): 50-53. doi: 10.1097/00004650-200401000-00009
- [67] Coomber, B. & Barriball, K. L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2): 297-314. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.02.004
- [68] Cook, T. H., Gilmer, M. J. & Bess, C. J. (2003). Beginning Students' Definitions of Nursing: An Inductive Framework of Professional Identity. *Journal of Nursing Education*, 42(7): 311-317. doi: 10.3928/0148-4834-20030701-08
- [69] Cortese, C. G. (2012). Predictors of critical care nurses' intention to leave the unit, the hospital, and the nursing profession. *Open Journal of Nursing*, 2(3): 311-326. doi: 10.4236/ojn.2012.223046
- [70] Cowin, L. (2001). Measuring Nurses' Self-Concept. *Western Journal of Nursing Research*, 23(3): 313-325. doi: 10.1177/01939450122045177
- [71] Cowin, L. (2002). The Effects of Nurses' Job Satisfaction on Retention. An Australian Perspective. *Journal of Nursing Administration*, 32(5): 283-291. doi: 10.1097/00005110-200205000-00008
- [72] Cowin, L. S., Johnson, M., Wilson, I. & Borgese, K. (2013). The psychometric properties of five Professional Identity measures in a sample of nursing students. *Nurse Education Today*, 33(6): 608-613. doi: 10.1016/j.nedt.2012.07.008

- [73] Crouch, C. (2011). *Das befremdliche Überleben des Neoliberalismus*. Berlin: Suhrkamp.
- [74] Cueni, T. B. (2007). Rationierung heisst Zweiklassenmedizin. In: Markus Zimmermann-Acklin & Hans Halter (Hrsg.): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz* (113-120). Basel: EMH.
- [75] Daehlen, M. (2008). Job satisfaction and job values among beginning nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12): 1789-1799. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2008.06.005
- [76] Dasgupta, P. (2014). Nurses' Intention To Leave: A Qualitative Study In Private Hospitals. *Gobsyn Management Journal*, 8(1/2): 77-87.
- [77] Dätwyler B. & Lädach, U. (1987). *Professionalisierung der Krankenpflege. Zur Entwicklung der Berufskrankpflege in der Schweiz*. Basel: RECOM.
- [78] Davidson, H., Folcarelli, P. H., Crawford, S., Duprat, L. J. & Clifford, J.C. (1997). The Effects of Health Care Reforms on Job Satisfaction and Voluntary Turnover Among Hospital-Based Nurses. *Medical Care*, 35(6): 634-645. doi: 10.1097/00005650-199706000-00008
- [79] Davies, R., Ives, J. & Dunn, M. (2015). A systemic review of empirical bioethics methodologies. *BMC Medical Ethics*, 16(15): 1-13. doi: 10.1186/s12910-015-0010-3
- [80] De Gieter, S., Hofmanns, J. & Pepermans, R. (2011). Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: An individual differences analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12): 1562-1569. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.06.007
- [81] Deichgräber, K. (1971). Die ärztliche Standesethik des Hippokratischen Eides. In: Hellmut Flashar (Hrsg.): *Antike Medizin* (94-120). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- [82] DeKeyser Ganz, F. & Toren, O. (2014). Israeli nurse practice environment characteristics, retention, and job satisfaction. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3(1): 7. doi: 10.1186/2045-4015-3-7
- [83] Delobelle, P., Rawlinson, J. L., Ntuli, S., Malatsi, I., Decock, R. & Depootrer, A. M. (2010). Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2): 371-383. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05496.x
- [84] Demand, N. (1996). Medicine and Philosophy: The Attic Orators. In: Renate Wittern & Pierre Pellegrin (Hrsg.): *Hippokratische Medizin und antike Philosophie* (91-99). Hildesheim: Olms-Weidmann.
- [85] Deppoliti, D. (2008). Exploring how new registered nurses construct professional

- identity in hospital settings. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(6): 255-262. doi: 10.3928/00220124-20080601-03
- [86] Dewey, J. (1964). *On Education, Selected Writings (1894)*. Herausgegeben von R.D. Archambault, New York: Wiederaufgelegt.
- [87] Dietz, A. (2011). Ökonomisierung von Krankenhaustätigkeit – Chancen, Grenzen und Risiken einer marktorientierten Medizin. *Ethik in der Medizin*, 23(4): 263-270. doi: 10.1007/s00481-011-0164-6
- [88] Dimitriadou, A., Pizirtzidou, E. & Lavdaniti, M. (2013). The Concept of Socialization in Nursing Education. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3): 314-318.
- [89] Djelid, D. (2015). Eine Unterfinanzierung kann nicht im Interesse der Spitäler sein. Interview mit Ruth Steingruber und Yvonne Ribi. *Competence*, 10: 4.
- [90] Doane Hartrick, G. A. (2002). Am I still ethical? The socially-mediated process of nurses' moral identity. *Nursing Ethics*, 9(6): 623-635. doi: 10.1191/0969733002ne556oa
- [91] Döbert, R. (1991). Männliche Moral – Weibliche Moral. In: Gertrud Nunner-Winkler (Hrsg.): *Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik*. Frankfurt: Campus.
- [92] Donahue, P. M. (1996). *Nursing, the Finest Art. An Illustrated History*. 2nd Edition. St. Louis: Mosby.
- [93] Dörnemann, M. (2002). Medizinale Inhalte in der Theologie des Origenes. In: Christian Schulze & Sibylle Ihm (Hrsg.): *Ärztelkunst und Gottvertrauen. Antike und mittelalterliche Schnittpunkte von Christentum und Medizin* (9-40). Hildesheim: Ohms.
- [94] Dose, J. J. (1997). Work values: An integrative framework and illustrative application to organizational socialization. *Journal of Occupational and Organization Psychology*, 70(3): 219-240. doi: 10.1111/j.2044-8325.1997.tb00645.x
- [95] Droesser, G. (2014). Empirisches Wissen und ethische Erfahrung. In: Walter Schaupp (Hrsg.): *Ethik und Empirie. Gegenwärtige Herausforderungen für Moralthologie und Sozialethik* (103-111). Fribourg: Herder.
- [96] Duffield, C. M, Roche, M. A., Homer. C., Buchan, J. & Dimitrelis, S. (2014). A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. *Journal of Advanced Nursing*, 70(12): 2703-2712. doi: 10.1111/jan.12483
- [97] Duffield, C., Aiken, L., O'Brien-Pallas, L. & Wise, W. J. (2004). Nursing. A Stepping Stone to Future Careers. *Journal of Nursing Administration*, 34(5): 238-245.
- [98] Dürr, M. (2007). Die Medizin im Spannungsfeld zwischen Machbarkeit, Finanzierbarkeit und Ethik. In: Markus Zimmermann-Acklin & Hans Halter (Hrsg.): *Ratio-nierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz* (303-308). Basel: EMH.

- [99] Dunn, M., Sheehan, M., Hope, T. & Parker, M. (2012). Toward Methodological Innovation in Empirical Ethics Research. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics*, 21(4): 466-480. doi: 10.1017/S0963180112000242
- [100] Durkheim, E. (1984). *Erziehung, Moral und Gesellschaft (1902/1903)*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [101] Durkheim, E. (1986). Einführung in die Moral (Introduction à la morale), zuerst posthum von Marcel Mauss veröffentlicht. In *Revue philosophique* 89 (1920), S. 79-97. Wieder in: Emile Durkheim, *Textes*. Bd. 2: Religion, morale, anomie, hg. von Victor Karady, Paris; Minuit 1979, S. 313-331. Abgedruckt in: Hans Betram (Hrsg.): *Gesellschaftlicher Zwang und moralische Autonomie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [102] Durkheim, E. (1986a). Der Individualismus und die Intellektuellen (L' individualisme et les intellectuels). Zuerst in: *Revue bleue*, 4x (1898). Wieder in: Emile Durkheim, *La science sociale et l'action*, hg. von J.C. Filloux, Paris: Presses Universitaires de France 1970. Abgedruckt in: Hans Betram (Hrsg.): *Gesellschaftlicher Zwang und moralische Autonomie*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [103] Düwell, M. (2009). Wofür braucht die Medizinethik empirische Methoden? Eine normativ-ethische Untersuchung. *Ethik in der Medizin*, 21(3): 201-211. doi:10.1007/s00481-009-0019-6
- [104] Düwell, M., Hübenthal, C. & Werner, M. H. (Hrsg.) (2006). *Handbuch Ethik*. Stuttgart: J.B. Metzler.
- [105] Eckart, W. U. (1998). *Geschichte der Medizin*. Berlin: Springer.
- [106] Edel, E. (1976). *Ägyptische Ärzte und ägyptische Medizin am hethitischen Königshof. Neue Funde von Keilschriftbriefen Ramses' II. aus Bogazköy*. Göttingen: Westdeutscher.
- [107] Edelstein, L. (1971). Empirie und Skepsis in der Lehre der Empirikerschule. In: Hellmut Flashar (Hrsg.): *Antike Medizin* (296-307). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- [108] Eidgenössisches Departement des Innern (EDI) (2013). *Gesundheit2020: Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates*. BAG: 2013.
- [109] Eilts-Köchling, K., Heinze, C., Schattner, P., Voss, M. & Dassen, T. (2000). Der Bekanntheitsgrad berufsethischer Grundregeln innerhalb der Berufsgruppe der Pflegenden. *Pflege*, 13(1): 42-46. doi: 10.1024/1012-5302.13.1.42
- [110] Esch, T. (2011). 5.3 Kommunale Gesundheitsversorgung. Die Rollen der Gesundheitsberufe. In: Robert Bosch Stiftung. *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen*. Stuttgart: Schattauer.
- [111] Estryn-Béhar, M., Van der Heijden, B. I. J. M., Oginska, H., Camerino, D., Le Nézet, O., Conway, P. M., Fry, C., Hasselhorn, H.-M. & the NEXT Study Group



- (2007). The Impact of Social Work Environment, Teamwork Characteristics, Burnout, and Personal Factors Upon Intent to Leave Among European Nurses. *Medical Care*, 45(10): 939-950. doi: 10.1097/MLR.0b013e31806728d8
- [112] Fagerberg, I. (2004). Registered Nurses' work experience: personal accounts integrated with professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3): 284-291. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.02988.x
- [113] Fagerberg, I. & Kihlgren, M. (2001). Experiencing a nurse identity: the meaning of identity to Swedish registered nurses 2 years after graduation. *Journal of Advanced Nursing*, 34(1): 137-145. doi: 10.1046/j.1365-2648.2001.3411725.x
- [114] Fagermoen, M. S. (1997). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 25(3): 434-441. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025434.x
- [115] Felder, S. & Lobsiger, M. (2014). Keine Verschiebung in den spitalambulanten Bereich. *Competence*, 10: 24-25.
- [116] Felfe, J. (2012). *Arbeits- und Organisationspsychologie 1: Arbeitsgestaltung, Motivation und Gesundheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- [117] Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. London: Sage.
- [118] Fischer, R. (2014). Gemeinsam geht's besser. *PADUA*, 9(3): 131-138. doi: 10.1024/1861-6186/a000180.
- [119] Flashar, H. (1971). *Antike Medizin*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- [120] Fletcher, C. E. (2001). Hospital RNs' Job Satisfaction and Dissatisfactions. *Journal of Nursing Administration*, 31(6): 324-331.
- [121] Flinkman, M., Laine, M., Leino-Kilpi, H., Hasselhorn, H.-M. & Salanterä, S. (2008). Explaining young registered Finnish nurses' intention to leave the profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(5): 727-739. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.12.006
- [122] Flinkman, M., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2010). Nurses' intention to leave the profession: integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7): 1422-1434. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05322.x
- [123] Flügel, C. (2006). *Spätantike Arztschriften als Spiegel des Einflusses des Christentums auf die Medizin*. Göttingen: Edition Ruprecht.
- [124] Foucault, M. (1976). *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [125] Foucault, M. (1989). *Die Sorge um sich. Sexualität und Wahrheit*. Dritter Band. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- [126] Foucault, M. (1999). *In Verteidigung der Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [127] Foucault, M. (2006a). *Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernamentalität I*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [128] Foucault, M. (2006b). *Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernamentalität II*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [129] Foucault, M. (2011). *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. (9. Auflage). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [130] Foucault, M. (2014). Die Genealogie der Biopolitik. In: Andreas Folkers & Thomas Lemke (Hrsg.): *Biopolitik. Ein Reader* (64-126). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [131] Friesacher, H. (2012). Kritik und moralisches Engagement – Überlegungen zur Gerechtigkeitskonzeption in der Pflege. In: Hermann Brandenburg & Helen Kohlen (Hrsg.): *Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive* (65-80). Stuttgart: Kohlhammer.
- [132] Gaki, E., Kontodimopoulos, N. & Niakas, D. (2013). Investigating demographic, work-related and job satisfaction variables as predictors of motivation in Greek nurses. *Journal of Nursing Management*, 21(3):483-490. doi: 10.1111/j.1365-2834.2012.01413.x
- [133] Gericke, A., Rohner, P. & Winter, R. (2006). Netzwerkfähigkeit im Gesundheitswesen. Symposium of the SSMI. *SMI*, 59:12-16.
- [134] Giebel, A. & Apfelbacher, C. (2006). Who cares? Pflegearbeit, Individuum und Gesellschaft. Eine interdisziplinäre Spurensuche in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft. In: Deutscher Studienpreis (Hrsg.): *Mythos Markt? Die Ökonomische, rechtliche und soziale Gestaltung der Arbeitswelt* (213-230). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [135] Gildemeister, R. & Robert, G. (1987). Probleme beruflicher Identität in professionalisierten Berufen. In: Hans-Peter Frey & Karl Hausser (Hrsg.): *Identität. Entwicklungen psychologischer und soziologischer Forschung* (71-87). Stuttgart: Ferdinand Enke.
- [136] Gilligan, C. (1984). *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau*. München: Pieper.
- [137] Gilligan, C. (1991). Moralische Orientierung und moralische Entwicklung. In: Gertrud Nunner-Winkler (Hrsg.): *Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik*. Frankfurt: Campus.
- [138] Goble, F. G. (1970). *The Third Force: The Psychology of Abraham Maslow*. New York: Grossman.
- [139] González-de Paz, L., Devant-Altimir, M., Kostov, B., Mitjavila-López, J., Navarro-Rubio M. D. & Sisó-Almirall, A. (2013). A new questionnaire to assess endorsement of

- normative ethics in primary health care: development, reliability and validity study. *Family Practice*, 30(6): 724-733. doi: 10.1093/fampra/cmt044
- [140] Graf, E. Ausserhofer, D., Schwendimann, R. & Zúniga, F. (2015). Erfolgsfaktor emotionale Mitarbeiterbindung. *Krankenpflege*, 8: 20-21.
- [141] Gronemeyer, M. (2012). *Wer arbeitet, sündigt...: ein Plädoyer für gute Arbeit*. Darmstadt: Primus.
- [142] Guroy, D., Maier, T.A. & Chi, C.G. (2008). Generational differences: An examination of work values and generational gaps in the hospitality workforce. *International Journal of Hospitality Management*, 27(3): 448-458. doi: 10.1016/j.ijhm.2007.11.002
- [143] Habermas, J. (1998). Die postnationale Konstellation und die Zukunft der Demokratie, in: ders.: *Die postnationale Konstellation*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 91–169.
- [144] Hackman, J. R. (1980). Work Redesign and Motivation. *Journal of Professional Psychology*, 11(3): 445-455. doi: 10.1037/0735-7028.11.3.445
- [145] Hackman, J. R. & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the Design of Work: Test of a Theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16(2): 250-279. doi:10.1016/0030-5073(76)90016-7
- [146] Häcker, H. O. & Stapf, K.-H. (2006). *Dorsch – Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Huber.
- [147] Hafner, U. (2013). Die Krankheit als Schuldfrage. *Horizonte*, 96: 15.
- [148] Hahn, E. G. (2011). 3 Neues Versorgungsbild und neue Ausbildungsanforderungen. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen* (41-44). Stuttgart: Schattauer.
- [149] Haimes, E. (2002). What can the Social Sciences contribute to the Study of Ethics? Theoretical, Empirical and Substantive Considerations. *Bioethics*, 16(2): 89-113. doi: 10.1111/1467-8519.00273
- [150] Haker, H. (2014). Ethik und Empirie. In: Walter Schaupp (Hrsg.): *Ethik und Empirie. Gegenwärtige Herausforderungen für Moraltheologie und Sozialethik* (19-40). Fribourg: Herder.
- [151] Hall, D. T. & Nougaim, K. E. (1968). An Examination of Maslow's Need Hierarchy in an Organizational Setting. *Organizational Behavior and Human Performance*, 3(1): 12-35. doi: 10.1016/0030-5073(68)90024-X
- [152] Hansen, R. S. (1992). A Multidimensional Scale for Measuring Business Ethics: A Purification and Refinement. *Journal of Business Ethics*, 11(7): 523-534. doi: 10.1007/BF00881445
- [153] Hart, S. E. (2005). Hospital Ethical Climates and Registered Nurses' Turnover

- Intentions. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(2): 173-177. doi: 10.1111/j.1547-5069.2005.00030.x
- [154] Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Spence Laschinger, H. K. & North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review – An update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7): 887-905. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.10.001
- [155] Hayes, B., Bonner, A. & Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*, 18(7): 804-814. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x
- [156] Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H. K. S., North, N. & Stone, P. W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2): 237-263. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.02.007
- [157] Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kozka, M., Ensio, A., Stromseng Sjente, I., Moreno Casbas, T., Ball, J. & Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies*, 50(2): 174-184. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019
- [158] Held, V. (2006). *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*. New York: Oxford University Press.
- [159] Hellmann, K. U. (1996). *Systemtheorie und neue soziale Bewegungen. Identitätsprobleme in der Risikogesellschaft*. Opladen: Westdeutscher.
- [160] Herzberg, F. (1968). One More Time: How Do You Motivate Employees? *Harvard Business Review*, 46: 53-62. doi: 10.1007/978-1-349-02701-92
- [161] Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. B. (1959). *The Motivation to Work*. New York: Wiley.
- [162] Hiemetzberger, M., Messner, I. & Dorfmeister, M. (2013). *Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe*. Wien: Facultas.
- [163] Hirsig, R. (2006). *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften. Eine Einführung im Hinblick auf computergestützte Datenanalysen mit SPSS*. Band I. 5. Auflage. Zürich: Seismo.
- [164] Hodel, M. O. (2012). Die wichtigsten Empfehlungen der OECD für den Bereich Gesundheitsberufe. *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(17), 619-21.
- [165] Höhn, H.-J. (2014). Empirie und Orientierung. Aspekte einer «Moralepistemologie». In: Walter Schaupp (Hrsg.): *Ethik und Empirie. Gegenwärtige Herausforderungen für Moralthologie und Sozialethik* (7-102). Fribourg: Herder.

- [166] Homann, K. (2004). Gesellschaftliche Verantwortung der Unternehmen. Philosophische, gesellschaftstheoretische und ökonomische Überlegungen. In: Ursula Schneider & Peter Steiner (Hrsg.): *Betriebswirtschaftslehre und gesellschaftliche Verantwortung. Mit Corporate Social Responsibility zu mehr Engagement* (1-16). Wiesbaden: Gabler.
- [167] Holland, J. L. (1973). *Making vocational choices: A theory of careers*. New Jersey: Prentice Hall.
- [168] Holtom, B. C. & O'Neill, B. S. (2004). Job Embeddedness. A Theoretical Foundation of Developing a Comprehensive Nurse Retention Plan. *Journal of Nursing Administration*, 34(5): 216-227. doi: 10.1097/00005110-200405000-00005
- [169] Horton, K., Tschudin, V. & Forget, A. (2007). The Value of Nursing: a Literature Review. *Nursing Ethics*, 14(6): 716-740. doi: 10.1177/0969733007082112
- [170] Huber, K. & Mariéthoz, E. (2010). *Qualitative Untersuchung zum ausländischen Gesundheitspersonal in der Schweiz und über dessen Rekrutierung*. Bern: GDK (Schweizerische Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren).
- [171] Iacobucci, T. A., Daly, B. J., Lindell, D. & Quinn Griffin, M. (2013). Professional values, self-esteem, and ethical confidence of baccalaureate nursing students. *Nursing Ethics*, 20(4): 479-490. doi: 10.1177/0969733012458608
- [172] Imhof, L., Rüesch, P., Schaffert, R., Mahrer-Imhof, R., Fringer, A. & Kerker-Specker, C. (2010). *Professionelle Pflege in der Schweiz: Perspektive 2020. Ein Grundlagenbericht*. Winterthur: ZHAW.
- [173] Ingersoll, G. L., Olsan, T., Drew-Cates, J., DeVinney, B. C. & Davies, J. (2002). Nurses' Job Satisfaction, Organizational Commitment, and Career Intent. *Journal of Nursing Administration*, 32(5): 250-263. doi: 10.1097/00005110-200205000-00005
- [174] Irvine, D. M. & Evans, M. G. (1995). Job Satisfaction and Turnover Among Nurses: Integrating Research Findings Across Studies. *Nursing Research*, 44(4): 246-253. doi: 10.1097/00006199-199507000-00010
- [175] Jackson, M. (2011). *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. London: Oxford University Press.
- [176] Jankrift, K. P. (2005). *Mit Gott und schwarzer Magie. Medizin im Mittelalter*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- [177] Jacquemin, A. (2010). *Was hat den stärksten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit von Call-Center Agenten?* Unv. Diss. Universität St. Gallen.
- [178] Jarosova, D., Gurkova, E., Palese, A., Godeas, G., Zikaova, K., Song, M. S., Lee, J., Cordeiro, R., Chan, S. W.-C., Babiarczyk, B., Frasn, M. & Nedvedova, D. (2015). Job satisfaction and leaving intentions of midwives: analysis of a multi-

- national cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 24(1): 70-79. doi: 10.1111/jonm.12273
- [179] Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I. & Young, H. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. *International Nursing Review*, 59(4), 562-569. doi: 10.1111/j.1466-7657.2012.01013.x
- [180] Jones, C .B. (2004). The Cost of Nurse Turnover. Part 1: An Economic Perspective. *Journal of Nursing Administration*, 34(12): 562-570. doi: 10.1097/00005110-200412000-00006
- [181] Judd, D., Sitzman, K. & Davis, K. (2010) *A History of American Nursing: Trends and Eras*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- [182] Juzanek, J. (1978). The Work Ethic: What are we Measuring? *Relation industrielles / Industrial Relations*, 33(4): 66-679.
- [183] Kaddourah, B., Khalidi, A., Abu-Shaheen, A. K. & Al-Tannir, M. A. (2013). Factors impacting job satisfaction among nurses from a tertiary care centre. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21/22): 3153-3159. doi: 10.1111/jocn.12261
- [184] Kalisch, P. A. & Kalisch, B. J. (2004). *American Nursing. A History. 4th Edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- [185] Käppeli, S. (2004). *Vom Glaubenswerk zur Pflegewissenschaft. Geschichte des Mit-Leidens in der christlichen, jüdischen und freiberuflichen Krankenpflege*. Bern: Huber.
- [186] Karsch, F. (2015). *Medizin zwischen Markt und Moral. Zur Kommerzialisierung ärztlicher Handlungsfelder*. Bielefeld: transcript.
- [187] Kauffeld, S. & Sauer, N. C. (2011). Vergangenheit und Zukunft der A&O Psychologie. In: Simone Kauffeld (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie für Bachelor (Kap. 1)* (15-28). Berlin: Springer.
- [188] Kauffeld, S. & Schermuly, C. C. (2011). Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation. In: Simone Kauffeld (Hrsg.): *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie* (193-210). Berlin: Springer.
- [189] Keller, A.C. & Semmer, N.K. (2013). Changes in situational and dispositional factors as predictor of job satisfaction. *Journal of Vocational Behavior*, 83(1): 88-98. doi: 10.1016/j.jvb.2013.03.004
- [190] Kersting, W. (2007). Gerechtigkeitsethische Überlegungen zur Gesundheitsversorgung. In: Oliver Schöffski & Matthias Graf v. d. Schulenburg (Hrsg.): *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin: Springer.
- [191] Kesselring, A. & Wandeler, E. (2007). Pflege und Rationierung. In: Markus Zimmermann-Acklin & Hans Halter (Hrsg.): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz*. Basel: EMH.

- [192] Kirchgässner, G. (2013). *Homo Oeconomicus. Das ökonomische Modell individuellen Verhaltens und seine Anwendung in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften* (4. Auflage). Tübingen: Mohr Siebeck.
- [193] Kirchler, E. (2005). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- [194] Kirchler, E. & Hölzl, E. (2002). *Arbeitsgestaltung in Organisationen*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- [195] Kirchler, E. & Rodler, C. (2002). *Motivation in Organisationen: Arbeits- und Organisationspsychologie 1*. Wien: WUV-Universitätsverlag.
- [196] Kleinknecht-Dolf, M., Haubner, S., Staudacher, D. & Spirig, R. (2012). Berufsethik unter Druck. *Care Management*, 5(1): 16-19.
- [197] Kleinknecht-Dolf, M., Spichiger, E., Frei, I. A., Müller, M., Martin, J. S. & Spirig, R. (2015). Monitoring von Pflegekontextfaktoren – Erste deskriptive Studienresultate einer Querschnittserhebung der schweizerischen DRG Begleitforschung Pflege vor Einführung der SwissDRG. *Pflege*, 28(2): 93-107. doi: 10.1024/1012-5302/a000411
- [198] Knefelkamp, U. (2005). Über die Pflege und medizinische Behandlung von Kranken in Spitälern vom 14. Bis 16. Jahrhundert. In: Michael Matheus (Hrsg.): *Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler im europäischen Vergleich*. Stuttgart: Alzeyer Kolloquium.
- [199] Knoop, R. (2010). Work Values and Job Satisfaction. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 128(6): 683-690. doi: 10.1080/00223980.1994.9921297
- [200] Kobrin, S. J. (2001). Sovereignty@bay: Globalization, Multinational Enterprise, and the International Political System. In: Alan M. Rugman & Thomas L. Brewer (Hrsg.): *The Oxford Handbook of International Business* (181-205). Oxford: Oxford University Press.
- [201] Kocher, G. (2011). Die Gründe der “Kostenexplosion” im Gesundheitswesen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 92(38): 1466-1469.
- [202] Köhler, K., & Goldmann, M. (2010). Soziale Innovation in der Pflege – Vernetzung und Transfer im Fokus einer Zukunftsbranche. In: Jürgen Howaldt (Hrsg.): *Soziale Innovation* (253-279). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [203] Koehler, U., Gross, V., Reincke, C. & Penzel, T. (2004). Schalldiagnostische Verfahren – die Geschichte der Perkussion und Auskultation. *Pneumologie*, 58(7): 525-530.
- [204] Koggel, C. & Orme, J. (2010). Editorial Care Ethics: New Theories and Applications. *Ethics and Social Welfare*, 4(2): 109-114. doi: 10.1080/17496535.2010.484255
- [205] Koh, H. C. & Boo, E. H. Y. (2004). Organisational ethics and employee satisfaction and commitment. *Management Decision*, 42(5): 677-693. doi: 10.1108/00251740410538514

- [206] Kohlberg, L. (1974). *Zur kognitiven Entwicklung des Kindes. Drei Aufsätze*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [207] Kohlen, H., Kumbruck, C. & Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec.) (Hrsg.) (2008). *Care-(Ethik) und das Ethos fürsorglicher Praxis (Literaturstudie)* (151). Bremen: artec-paper.
- [208] Krause, F. (2014). Empirische Ergebnisse der Neurobiologie als Herausforderung für das Verständnis normativer Leitprinzipien der theologischen Ethik. In: Walter Schaupp (Hrsg.): *Ethik und Empirie. Gegenwärtige Herausforderungen für Moraltheologie und Sozialethik* (257-268). Fribourg: Herder.
- [209] Krausz, M., Koslowski, M., Shalom, N. Y & Elyakim, N. (1995). Predictors of Intentions to Leave the Ward, the Hospital, and the Nursing Profession: A Longitudinal Study. *Journal of Organizational Behavior*, 16(3): 277-288. doi: 10.1002/job.4030160308
- [210] Kreutzer, S. (2012). Alltag und Organisation evangelischer Krankenpflege – Care in historischer Perspektive, 1950-1980. In: Hermann Brandenburg & Helen Kohlen (Hrsg.): *Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive* (111-126). Stuttgart: Kohlhammer.
- [211] Krones, T. (2009). Empirische Methodologien und Methoden der angewandten und der empirischen Ethik. *Ethik in der Medizin*, 21(3): 247-258. doi: 10.1007/s00481-009-0024-9
- [212] Kruse, A.-P. (1995). *Krankenpflegeausbildung seit Mitte des 19. Jahrhunderts*. Stuttgart: Kohlhammer.
- [213] Künzl, E. (2002). *Medizin in der Antike. Aus einer Welt ohne Narkose und Aspirin*. Stuttgart: Konrad Theiss.
- [214] KVG. *Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994* (Stand am 1. Januar 2015). (Bundesgesetz über die Krankenversicherung, SR 832.10)
- [215] Lachman, V. D. (2012). Applying the Ethics of Care to Your Nursing Practice. *Medsurg nursing: official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*, 21(2): 112-116.
- [216] Landy, F. J. & Conte, J. M. (2013). *Work in the 21st century: an introduction to industrial and organizational psychology*. New York: Wiley.
- [217] Lane, I. M., Mathews, R. C. & Prestholdt, P. H. (1990). Educational Background, Martial Status, Moral Obligation, and the Nurse's Decision to Resign from Her Hospital. *Journal of Applied Social Psychology*, 20(17): 1432-1443. doi: 10.1111/j.1559-1816.1990.tb01483.x
- [218] Langholf, V. (1996). Platon über die Kommunikation zwischen Ärzten und Pati-



- enten. In: Renate Wittern & Pierre Pellegrin (Hrsg.): *Hippokratische Medizin und antike Philosophie* (113-142). Hildesheim: Olms-Weidmann.
- [219] Larrabee, J. H., Janney, M. A., Ostrow, C. L., Withrow, M. L., Hobbs, G. R. & Burant, C. (2003). Predicting Registered Nurse Job Satisfaction and Intent to Leave. *Journal of Nursing Administration*, 33(5): 271-283. doi: 10.1097/00005110-200305000-00003
- [220] Laschinger, H. K. S. (2012). Job and career satisfaction and turnover intentions of newly graduated nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(4): 472-484. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01293.x
- [221] Leners, D. W., Roehrs, C. & Piccone, A. V. (2004). Tracking the Development of Professional Values in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Education*, 45(12): 504-511.
- [222] Li, J., Galatsch, M., Siegrist, J., Müller, B. H., Hasselhorn, H. M. & European NEXT Study group (2010). Reward frustration at work and intention to leave the nursing profession – Prospective results from the European longitudinal NEXT study. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5): 628-635. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2010.09.011
- [223] Liu, C., Zhang, L., Ye, W., Zhu, J., Cao, J., Lu, X. & Li, F. (2011). Job satisfaction and intention to leave: a questionnaire survey of hospital nurses in Shanghai of China. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1/2): 255-263. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03766.x
- [224] Locke, E.A. (1996). Motivation through conscious goal setting. *Applied & Preventive Psychology* 5(2): 117-124. doi: 10.1016/S0962-1849(96)80005-9
- [225] Locke, E. A. (1969). What is Job Satisfaction? *Organizational Behavior and Human Performance*, 4(4): 309-336. doi: 10.1016/0030-5073(69)90013-0
- [226] Locke, E. A. & Latham, G. P. (2002). Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation: A 35-Year Odyssey. *American Psychologist*, 57(9): 705-717. doi: 10.1037/0003-066X.57.9.705
- [227] Locke, E. A. & Latham, G. P. (1990). *A theory of goal setting and task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- [228] Locke, E. A. & Latham, G. P. (1984). *Goal setting: A motivational technique that works!* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- [229] Lu, H., While, A. E. & Barriball, K. L. (2005). Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2): 211-227. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.09.003
- [230] Lu, H., Barriball, K. L., Zhang, X. & While, A. E. (2012). Job satisfaction among nurses revisited: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8): 1017-1038. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.009

- [231] Luhmann, N. (1971). Moderne Systemtheorien als Form gesamtgesellschaftlicher Analyse. In: Jürgen Habermas & Niklas Luhmann (Hrsg.): *Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie – Was leistet die Systemforschung* (7-24). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [232] Luhmann, N. (1989). *Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft*. Band 3. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- [233] Luhmann, N. (2005). *Soziologische Aufklärung 2: Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft* (5. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [234] Luhmann, N. (2009). *Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven* (4. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [235] Lutz, R. (2014). Empirie und Normativität. Voraussetzungen und Modelle der Verhältnisbestimmung in der theologischen Ethik. In: Walter Schaupp (Hrsg.): *Ethik und Empirie. Gegenwärtige Herausforderungen für Moraltheologie und Sozialethik* (227-256). Fribourg: Herder.
- [236] Lynn, M. R. & Redman, R. W. (2005). Faces of the Nursing Shortage. *Journal of Nursing Administration*, 35(5): 264-270. doi: 10.1097/00005110-200505000-00010
- [237] Ma, C.-C., Samuels, M. E. & Alexander, J. W. (2003). Factors that influence nurses' job satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 33(5): 293-299. doi: 10.7748/nm.22.2.30.e1297
- [238] Maben, J., Latter, S. & Macleod Clark, J. (2007). The sustainability of ideals, values and the nursing mandate: evidence from a longitudinal qualitative study. *Nursing Inquiry*, 14(2): 99-113. doi: 10.1111/j.1440-1800.2007.00357.x
- [239] Madörin, M. (2014). *Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. Teil 1: Der Kostendruck im Gesundheitswesen und auf die Pflege*. Winterthur: ZHAW.
- [240] Madörin, M. (2014). *Ökonomisierung des Gesundheitswesens – Erkundungen aus der Sicht der Pflege. Teil 2: Das neue Wirtschaftlichkeitsgebot – Kostenkorsetts in der Pflege*. Winterthur: ZHAW.
- [241] MacIntosh, J. (2003). Reworking Professional Nursing Identity. *Western Journal of Nursing Research*, 25(6): 725-741. doi: 10.1177/0193945903252419
- [242] Marañón, A. A. & Pera, P. I. (2015). Theory and practice in the construction of professional identity in nursing students: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(7), 859–863. doi: 10.1016/j.nedt.2015.03.014
- [243] Marckmann, G. (2011). Szenarien einer zukünftigen Gesundheitsversorgung aus ethischer Sicht. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen* (31-36). Stuttgart: Schattauer.

- [244] Maslow, A. H. (1943). A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4): 370-396. doi: 10.1037/h0054346
- [245] Maslow, A. H. (1968). *Toward a Psychology of Being*. New York: Van Nostrand.
- [246] Maslow, A. H. (2008). *Motivation und Persönlichkeit*. 11. Auflage. Hamburg: Rowohlt.
- [247] Matheus, M. (2005). *Funktions- und Strukturwandel spätmittelalterlicher Hospitäler im europäischen Vergleich*. Stuttgart: Alzeyer Kolloquium.
- [248] McCarthy, G., Tyrrell, M. P. & Lehane, E. (2007). Intention to “leave” or “stay” in nursing. *Journal of Nursing Management*, 15(3): 248-255. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00648.x
- [249] McGregor, D. M. (1957). The Human Side of Enterprise. *Management Review*, 2(1): 41-49.
- [250] McGergor, S. (2001). Neoliberalism and health care. *International Journal of Consumer Studies*, 25(2): 82-89. doi: 10.1111/j.1470-6431.2001.00183.x
- [251] McNeese-Smith, D. K. (1999). A content analysis of staff nurse descriptions of job satisfaction and dissatisfaction. *Journal of Advanced Nursing*, 29(6): 1332-1341. doi: 10.1046/j.1365-2648.1999.01018.x
- [252] McNeese-Smith, D. K. & Crook, M. (2003). Nursing Values and a Changing Nurse Workforce: Values, Age, and Job Stages. *Journal of Nursing Administration*, 33(5): 260-270. doi: 10.1097/00005110-200305000-00002
- [253] Meeusen, V., Can Dam, K., Brown-Mahoney, C., Van Zundert, A. & Knape, H. (2010). Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch nurse anaesthetists: a survey. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 54: 616-621. doi: 10.1111/j.1399-6576.2010.02213.x
- [254] Mendus, S. (1993). Different Voices. Still Lives: Problems in the Ethics of Care. *Journal of Applied Philosophy*, 10(1): 17-27. doi: 10.1111/j.1468-5930.1993.tb00059.x
- [255] Meyer, B., Golder, L., & Longchamp, C. (2014). Hohe Berufsidentifikation trotz steigender Bürokratie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 95(1/2): 7-8.
- [256] Miller, M. J., Woehr, D. J. & Hudspeth, N. (2002). The Meaning and Measurement of Work Ethic: Construction and Initial Validation of a Multidimensional Inventory. *Journal of Vocational Behavior*, 60(3): 451-489. doi: 10.1006/jvbe.2001.1838
- [257] Mittal, V., Rosen, J. & Leana, C. (2009). Dual-Driver Model of Retention and Turnover in the Direct Care Workforce. *The Gerontologist*, 49(5): 623-634. doi: 10.1093/geront/gnp054

- [258] Möhring-Hesse, M. (2014). Die Empirie theologischer Sozialethik. In: Walter Schaupp (Hrsg.): *Ethik und Empirie. Gegenwärtige Herausforderungen für Moraltheologie und Sozialethik* (41-64). Fribourg: Herder.
- [259] Moneke, N. & Umeh, O. J. (2013). Factors Influencing Critical Care Nurses' Perception of Their Overall Job Satisfaction. *Journal of Nursing Administration*, 43(4): 201-207. doi: 10.1097/NNA.0b013e31828958af
- [260] Münk, H. J. (2007). Zum Konzept der Eigenverantwortung im Gesundheitswesen aus ethischer Sicht. In: Markus Zimmermann-Acklin & Hans Halter (Hrsg.): *Ratio-nierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz* (182-194). Basel: EMH.
- [261] Monteverde, S. (2009). Pflege – Die Ethik fürsorgerischer Zuwendung. In: Christoph Arn & Tatjana Weidmann-Hügler (Hrsg.): *Ethikwissen für Fachpersonen* (51-73). Basel: EMH Schwabe.
- [262] Monteverde, S. & Kesselring, A. (2012). Forschung in der Pflege und Ethik. In: Settimio Monteverde (Hrsg.): *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege* (51-73). Stuttgart: Kohlhammer.
- [263] Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Berlin: Springer.
- [264] Morrell, K. (2005). Towards a typology of nursing turnover: the role of shocks in nurses' decision to leave. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3): 315-322. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03290.
- [265] Morrison, K. B. & Korol, S. A. (2014). Nurses' perceived and actual caregiving roles: identifying factors that can contribute to job satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23/24): 3468-3477. doi: 10.1111/jocn.12597
- [266] Müller, I. (2002). Hugo de Folieto: De medicina animae. Antike Humoralpathologie in christlicher Deutung. In: Christian Schulze & Sibylle Ihm (Hrsg.): *Ärztelkunst und Gottvertrauen. Antike und mittelalterliche Schnittpunkte von Christentum und Medizin* (71-89). Hildesheim: Ohms.
- [267] Müller, M. & Seidl, N. (2000). Fort- und Weiterbildung als wichtiger Indikator der Arbeitszufriedenheit in der Pflege. *Pflege*, 13(6): 381-388. doi: 10.1024/1012-5302.13.6.381
- [268] Musschenga, B. (2009). Was ist empirische Ethik? *Ethik in der Medizin*, 21(3): 187-199. doi:10.1007/s00481-009-0025-8
- [269] Myers, D.G. (2008). *Psychologie*. Berlin: Springer.
- [270] Nails, D. (1991). Sozialwissenschaftlicher Sexismus: Carol Gilligans Fehlvermessung des Menschen. In: Gertrud Nunner-Winkler (Hrsg.): *Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik* (101-108). Frankfurt: Campus.

- [271] Nass, E. (2012). Christliche Ethik solidarischen Handelns: Gründe, Motive, Praxis. In: Hermann Brandenburg & Helen Kohlen (Hrsg.): *Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen* (151-166). Stuttgart: Kohlhammer.
- [272] Neher, A. (1991). Maslow's Theory of Motivation: A Critique. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(3): 89-112. doi: 10.1177/0022167891313010
- [273] Nei, D., Snyder, L. A. & Litwiller, B. J. (2015). Promoting retention of nurses: A meta-analytic examination of causes of nurse turnover. *Health Care Management Review*, 40(3): 237-253. doi: 10.1097/HMR.0000000000000025
- [274] Neubauer, G. (2011). 2.2 Szenarien einer zukünftigen Gesundheitsversorgung aus gesundheitsökonomischer Sicht. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): *Ausbildung für die Gesundheitsversorgung von morgen* (28-30). Stuttgart: Schattauer.
- [275] Neuberger, O. (1974). *Theorien der Arbeitszufriedenheit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- [276] Nerdinger, F. W. (2013). *Arbeitsmotivation und Arbeitshandeln: Eine Einführung*. Kröning: Asanger.
- [277] Nickel, D. (1996). Bemerkungen zur Methodologie in der hippokratischen Schrift De prisca medicina. In: Renate Wittern & Pierre Pellegrin (Hrsg.): *Hippokratische Medizin und antike Philosophie* (53-61). Hildesheim: Olms-Weidmann.
- [278] Nortvedt, P., Hem, M. H. & Skirbekk, H. (2011). The ethics of care: Role obligations and moderate partiality in health care. *Nursing Ethics*, 18(2): 192-200. doi: 10.1177/0969733010388926
- [279] Nunner-Winkler, G. (1991). *Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechts-spezifische Ethik*. Frankfurt: Campus.
- [280] O'Brien-Pallas, L., Duffield, C. & Hayes, L. (2006). Do we really understand how to retain nurses? *Journal of Nursing Management*, 14(4): 262-270. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00611.x
- [281] Ofenbach, B. (2006). *Geschichte des pädagogischen Berufsethos. Realbedingungen für Lehrerhandeln von der Antike bis zum 21. Jahrhundert*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- [282] Oggier, W. (2015). *Gesundheitswesen Schweiz 2015 - 2017*. Bern: Huber.
- [283] Oggier, W. (2008). Regulatoren unter Druck. *Schweizerische Ärztezeitung*, 89(15): 639-642.
- [284] Öhlén, J. & Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4): 720-727. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00704.x
- [285] Okura, M., Uza, M., Izumi, H. Ohno, M., Hidenori, A. & Saeki, K. (2013). Factors

- that affect the process of professional identity formation in public health nurses. *Open Journal of Nursing*, 3(1): 8-15. doi: 10.4236/ojn.2013.31002
- [286] Oulton, J. A. (2006). The Global Nursing Shortage: An Overview of Issues and Actions. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 7(3): 34S-39S. doi: 10.1177/1527154406293968
- [287] Palazzo, G. & Scherer, A. G. (2006). Corporate Legitimacy as Deliberation: A Communicative Framework. *Journal of Business Ethics*, 66(1): 71-88. doi:10.1007/s10551-006-9044-2
- [288] Paley, J. (2002). Virtues of autonomy: the Kantian ethics of care. *Nursing Philosophy*, 3(2): 133-143. doi: 10.1046/j.1466-769X.2002.00094.x
- [289] Park, J. S. & Kim, T. H. (2009). Do types of organizational culture matter in nurse job satisfaction and turnover intention? *Leadership in Health Services*, 22(1): 20-38. doi: 10.1108/17511870910928001
- [290] Pasdar, E., Chamanzamin, M. R. & Sotudch, M. R. Z. (2014). The Linkage Between Professional Ethics and Organizational Performance Iran Insurance Branches in Guilan Province. *Journal of Economic Theory*, 8(1): 14-18. doi: 10.3923/jeth.2014.14.18
- [291] Patzen, M. & Bosshard, W. (2014). Private Investoren lösen Kantone und Banken bei der Finanzierung ab. *Competence*, 5: 14-15.
- [292] Pauer-Studer, H. (2006). Feministische Ethik. In: Marcus Düwell, Christoph Hübenthal & Micha, H. Werner (Hrsg.): *Handbuch Ethik* (346-352). Stuttgart: J.B. Metzler.
- [293] Pelikan, J.M. (2007). Zur Rekonstruktion und Rehabilitation eines absonderlichen Funktionssystems – Medizin und Krankenbehandlung bei Niklas Luhmann und in der Folgerezeption. *Soziales Systeme*, 13(1/2): 290-303. doi: 10.1515/sosys-2007-1-226,
- [294] Perraton, J. (2003). The Scope and Implications of Globalisation. In: Jonathan Michie (Hrsg.): *The Handbook of Globalisation* (37-60). Cheltenham: Edward Elgar.
- [295] Pettersen, T. (2011). The Ethics of Care: Normative Structures and Empirical Implications. *Health Care Analysis*, 19(1): 51-64. doi: 10.1007/s10728-010-0163-7
- [296] Piaget, J. (1954). *Das moralische Urteil beim Kinde*. Zürich: Rascher.
- [297] Piaget, J. (1976). *Die Äquilibration der kognitiven Strukturen*. Stuttgart: Klett.
- [298] Piaget, J. (1986). Die moralische Regel beim Kind. (La règle morale chez l'enfant), Stiftung Lucerna 2 (1928). Abgedruckt in: Betram, H. (Hrsg.): *Gesellschaftlicher Zwang und moralische Autonomie* (32-45). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- [299] Pieper, A. (2003). *Einführung in die Ethik*. Tübingen: A. Francke.

- [300] Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 4(3): 311-318. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003
- [301] Price, J. L. (2001). Reflections on the determinants of voluntary turnover. *International Journal of Manpower*, 22(7): 600-624. doi: 10.1108/EUM00000000006233
- [302] Price, J. L. & Mueller, C. W. (1981). A Causal Model of Turnover for Nurses. *The Academy of Management Journal*, 24(3): 543-565. doi: 10.2307/255574
- [303] Prussky, C. (2016). Doktorarbeit. *Süddeutsche Zeitung*, 5. September, 2016: Nr. 205, 14. <http://www.sueddeutsche.de/bildung/akademisierung-doktorarbeit-1.3146241>, aufgerufen am: 7. September 2016.
- [304] Rammstedt, B. (2010). Reliabilität, Validität, Objektivität. In: Christof Wolf & Henning Best (Hrsg.): *Handbuch der sozialwissenschaftlichen Datenanalyse* (239-258). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- [305] Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W. J., & Naumann, E. (2010). *Quantitative Methoden 1 Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- [306] Rastegar, D. A. (2004). Health Care Becomes an Industry. *Annals of Family Medicine*, 2(1): 79-83. doi: 10.1370/afm.18
- [307] Rassin, M. (2008). Nurses' Professional and Personal Values. *Nursing Ethics*, 15(5): 614-630. doi: 10.1177/0969733008092870
- [308] Rathgeb, U. K. (1992). Die traditionelle chinesische Heilkunst. In: *Neue Zürcher Zeitung* (1992), Nr. 44, 88. [http://static.nzz.ch/files/2/8/8/TCM+III\\_1.13459288.pdf](http://static.nzz.ch/files/2/8/8/TCM+III_1.13459288.pdf), aufgerufen am: 24. März 2015.
- [309] Ravari, A., Bazargan-Hejazi, S., Mirzaei, T. & Oshvandi, K. (2012). Work values and job satisfaction: A qualitative study of Iranian nurses. *Nursing Ethics*, 20(4): 448-458. doi: 10.1177/0969733012458606
- [310] Rehbock, T. (2000). Braucht die Pflege eine eigene Ethik? *Pflege*, 13(5): 280-289. doi: 10.1024/1012-5302.13.5.280
- [311] Reisch, E. (2015). Strategien zur Mitarbeiter-Bindung und -Gewinnung. *Competence*, 6: 19.
- [312] Rettke, H., Frei, I. A., Horlacher, K., Kleinknecht-Dolf, M., Spichiger, E. & Spirig, R. (2015). Pflege im Vorfeld von SwissDRG – Erfahrungen von Pflegenden mit interprofessioneller Zusammenarbeit, Führungsverhalten, Arbeitslast und Arbeitszufriedenheit. *Pflege*, 28(3): 133-144. doi: 10.1024/1012-5302/a000421
- [313] Robert Bosch Stiftung (1996). *Pflegewissenschaft: Grundlegung für Lehre, For-*

- schung und Praxis: Denkschrift. Hrsg. von der Robert Bosch Stiftung.* Gerlingen: Bleicher.
- [314] Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2014). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung.* Bern: Huber.
- [315] Sabanciogullari, S. & Dogan, S. (2015). Relationship between job satisfaction, professional identity and intention to leave the profession among nurses in Turkey. *Journal of Nursing Management*, 23(8): 1076-1085. doi: 10.1111/jonm.12256
- [316] Salloch, S., Ritter, P., Wäscher, S., Vollmann, J. & Schildmann, J. (2016). Was ist ein ethisches Problem und wie finde ich es? Theoretische, methodologische und forschungspraktische Fragen der Identifikation ethischer Probleme am Beispiel einer empirisch-ethischen Interventionsstudie. *Ethik in der Medizin*, 28(4): 267-281. doi: 10.1007/s00481-016-0384-x
- [317] Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften - SAMW (2007). *Rationierung im Schweizerischen Gesundheitswesen: Einschätzung und Empfehlungen. Kurzfassung.* Basel: SAMW.
- [318] Sandel, M. J. (2012). *Was man für Geld nicht kaufen kann. Die moralischen Grenzen des Marktes.* Berlin: Ullstein.
- [319] Sax, A. (2008). Struktur und Aufbau des Gesundheitssystems Schweiz. In: Willy Oggier, Andreas Walter, Serge Reichlin & Michael Egli (Hrsg.): *Handbuch Gesundheitswesen Schweiz im Umbruch* (1-10). eHealthCare.ch.
- [320] Schaffert, R., Robin, D., Mahrer Imhof, R. & Rüesch, P. (2015). *Berufslaufbahnen und Berufsrollen in der Pflege aus Sicht von Berufseinsteigenden.* Winterthur: ZHAW.
- [321] Schaupp, W. (Hrsg.) (2014). *Ethik und Empirie. Gegenwärtige Herausforderungen für Moraltheologie und Sozialethik.* Fribourg: Herder.
- [322] Scherer, A. G. (2003a). Heimliche Komplizenschaft? Multinationale Unternehmen und die Versuchung von Ökonomismus und Postmodernismus. *Analyse & Kritik. Zeitschrift für Sozialtheorie*, 25(2): 156-175. doi: 10.1515/auk-2003-0203
- [323] Scherer, A. G. (2003b). Internationale Institutionen und Regierungsorganisationen. In: ders.: *Multinationale Unternehmen und Globalisierung. Zur Neuorientierung der Theorie der Multinationalen Unternehmung* (22). Heidelberg: Physica.
- [324] Scherer, A. G., Palazzo, G. & Matten, D. (2014). The Business Firm as a Political Actor: A New Theory of the Firm for a Globalized World. *Business & Society*, 53(2): 143-156. doi: 10.1177/0007650313511778
- [325] Schicktanz, S. (2009). Zum Stellenwert von Betroffenheit, Öffentlichkeit und Deliberation im empirical turn der Medizinethik. *Ethik in der Medizin*, 21(3): 223-234. doi: 10.1007/s00481-009-0020-0



- [326] Schicktanz, S. & Schildmann, J. (2009). Medizinethik und Empirie – Standortbestimmungen eines spannungsreichen Verhältnisses. *Ethik in der Medizin*, 21(3): 183-186. doi: 10.1007/s00481-009-0026-7
- [327] Schildmann, J. & Vollmann, J. (2009). Empirische Forschung in der Medizinethik: Methodenreflexion und forschungspraktische Herausforderungen am Beispiel eines mixed-method Projekts zur ärztlichen Handlungspraxis am Lebensende. *Ethik in der Medizin*, 21(3): 259-269. doi: 10.1007/s00481-009-0023-x
- [328] Schildmann, J., Wäscher, S., Salloch, S. & Vollmann, J. (2016). Der Beitrag qualitativer Sozialforschung zur handlungsorientierenden medizinethischen Forschung. Eine Methodenreflexion am Beispiel des ETHICO-Projekts. *Ethik in der Medizin*, 28(1): 33-41. doi: 10.1007/s00481-015-0353-9
- [329] Schipperges, H. (1993). *Die Kranken im Mittelalter*. München: Beck.
- [330] Schmalt, H.-D. & Sokolowski (2006). Motivation. In: Hans Spada (Hrsg.): *Lehrbuch Allgemeine Psychologie* (501-552). Bern: Huber.
- [331] Schmid, B. (2014). Denn wir wissen nicht, was sie tun. Über den fragwürdigen Aufstieg des Personalwesens. *Das Magazin*, 20: 8-15.
- [332] Schmidt-Wilcke, H. (2013). Ärztliches und pflegerisches Berufsethos und Krankenhaus-Bürokratie. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 59(1): 41-51.
- [333] Scholes, J. (2008). Coping with the professional identity crisis: Is building resilience the answer? *International Journal of Nursing Studies*, 45(7): 975-978. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.12.002
- [334] Schreiner, P. W. (2001). Ethik, angewandte Ethik, Berufsethik. *Pflege*, 14(1): 17-27. doi: 10.1024/1012-5302.14.1.17
- [335] Schubert, M., Schaffert-Witvliet, B. De Geest, S., Glass, T. Aiken, L. Sloane, D. Clarke, S. & Abraham, I. (2005). *RICH-Nursing Study – Rationing of Nursing Care in Switzerland. Effects of Rationing of Nursing Care in Switzerland on Patient’ and Nurses’ Outcomes*. Bern: Schlussbericht für das BAG (Bundesamt für Gesundheit).
- [336] Schuler, H. (2006). *Lehrbuch der Personalpsychologie*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- [337] Schulten, T. (2006). Liberalisation, privatization and regulation in the German healthcare sector/hospitals. *Country reports on liberalization and privatization processes and forms of regulations*. Düsseldorf: Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung.
- [338] Schulz-Nieswandt, F. (2012). Gerechtigkeit und Gesundheitswesen im Kontext einer allgemeinen Theorie der Sozialpolitik. In: Hermann Brandenburg & Helen Kohlen (Hrsg.): *Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen. Eine multidisziplinäre Perspektive* (29-52). Stuttgart: Kohlhammer.

- [339] Schulze, C. (2002). Christliche Ärztinnen in der Antike. In: Christian Schulze & Sybille Ihm (Hrsg.): *Ärztetikunst und Gottvertrauen. Antike und mittelalterliche Schnittpunkte von Christentum und Medizin* (91-116). Hildesheim: Ohms.
- [340] Schulze, C. (2005). *Medizin und Christentum in Spätantike und frühem Mittelalter. Christliche Ärzte und ihr Wirken*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- [341] Schulze, C. & Ihm, S. (2002). *Ärztetikunst und Gottvertrauen. Antike und mittelalterliche Schnittpunkte von Christentum und Medizin*. Hildesheim: Ohms.
- [342] Schweikardt, C. & Schulze, C. (2002). Facetten antiker Krankenpflege und ihrer Rezeption. In: Christoph Schulze & Sybille Ihm (Hrsg.): *Ärztetikunst und Gottvertrauen. Antike und mittelalterliche Schnittpunkte von Christentum und Medizin* (117-138). Hildesheim: Olms.
- [343] Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK. *Pflegethemen: Definition der Pflege*. <https://www.sbk.ch/pflegethemen>, aufgerufen am: 16. April 2015.
- [344] Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2011). *Professionelle Pflege Schweiz. Perspektive 2020*. Bern: SBK – ASI.
- [345] Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK (2006). *Ethik in der Pflegepraxis*. Bern: SBK – ASI.
- [346] Sedláček, T. (2012). *Die Ökonomie von Gut und Böse*. München: Hanser.
- [347] Seidler, E. (1993). *Geschichte der Medizin und der Krankenpflege*. Stuttgart: Kohlhammer.
- [348] Seo Y., Ko, J. & Price, J. L. (2004). The determinants of job satisfaction among hospital nurses: a model estimation in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 41(4): 437-446. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2003.11.003
- [349] Shaha, M. & Schnepf, W. (2013). Qualitatives Design. In: Hermann Brandenburg, Eva-Maria Panfil. & Herbert E. Mayer (Hrsg.): *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methode der Pflegeforschung* (67-84). Bern: Huber.
- [350] Siemund, S. (2013). *Arbeitszufriedenheit in der Zeitarbeit*. Springer: Berlin.
- [351] Sigerist, H. (1963). *Anfänge der Medizin. Von der primitiven und archaischen Medizin bis zum Goldenen Zeitalter in Griechenland*. London: Oxford University Press.
- [352] Sims, R. L. & Kroeck, K. G. (1994). The Influence of Ethical Fit on Employee Satisfaction, Commitment and Turnover. *Journal of Business Ethics*, 13(12): 939-947. doi: 10.1007/BF00881663
- [353] Six, B. (2016). Theorie des geplanten Verhaltens. In: M. A. Wirtz (Hrsg.): *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. <https://portal.hogrefe.com/dorsch/theorie-des-geplanten-verhaltens/>, aufgerufen am: 25. Juni 2016.

- [354] Spary, E. C. (2011). Health and medicine in the enlightenment. In: Mark Jackson (Hrsg.): *The Oxford Handbook of the History of Medicine* (82-99). London: Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199546497.013.0005
- [355] Spector, P. E. (1997). *Job Satisfaction, Application, Causes and Consequences*. London: Sage.
- [356] Stein Backes, D., Stein Backes, M., Biazus Dalcin, C. & Lorenzini Erdmann, A. (2012). The nursing care system form a Luhmannian perspective. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5): 873-879. doi: 10.1590/S0104-11692012000500008
- [357] Steinmann, H. (2005). Unternehmensethik und Globalisierung – Das politische Element in der multinationalen Unternehmung. In: Harald Hermann & Kai-Ingo Voigt (Hrsg.): *Globalisierung und Ethik* (79-101). Heidelberg: Physica.
- [358] Sticker, A. (1977). *Agnes Krall. Die Reformerin der deutschen Krankenpflege*. Wuppertal: Aussaat.
- [359] Sticker, A. (1960). *Die Entstehung der neuzeitlichen Krankenpflege. Deutsche Quellenstücke aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts*. Stuttgart: Kohlhammer.
- [360] Sticker, A. (1959). *Theodor Fliedner. Von den Anfängen der Frauendiakonie*. 2. Aufl. Neukirchen: Neukirchener.
- [361] Sticker, A. (1957). *Florence Nightingale*. Düsseldorf: Kaiserswerth.
- [362] Stone, P. W., Tourangeau, A. E., Duffield, C. M., Jones, C. B., O'Brien-Pallas, L. & Shamian, J. (2003). Evidence of Nurse Working Conditions: A Global Perspective. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 4(2): 120-130. doi: 10.1177/1527154403004002005
- [363] Strachota, E., Normandin, P., O'Brien, N., Clary, m. & Krukow, B. (2003). Reasons Registered Nurses Leave or Change Employment Status. *Journal of Nursing Administration*, 33(2): 111-117. doi: 10.1097/00005110-200302000-00008
- [364] Strech, D. (2008). Evidenz-basierte Ethik. Zwischen impliziter Normativität und unzureichender Praktikabilität. *Ethik in der Medizin*, 20(4): 274-286. doi: 10.1007/s00481-008-0549-3
- [365] Streeck, W. (2013). *Gekaufte Zeit: die vertagte Krise des demokratischen Kapitalismus*. Berlin: Suhrkamp.
- [366] Stordeur, S., D'Hoore, W. & the NEXT-Study Group (2006). Organizational configuration of hospitals succeeding in attracting and retaining nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 57(1): 45-58. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04095.x
- [367] Stüber, C. (2013). *Berufsethos im Krankenhaus. Zu den Auswirkungen der Ökonomisierung auf die berufsethischen Orientierungen des medizinischen Personals im Krankenhaus*. Stuttgart: ibidem.

- [368] Stumpfögger, N. (2009). Wenn die Gründerzeit zu Ende geht. In: Nils Böhlke, Thomas Gerlinger, Kai Mosebach, Rolf Schmucker & Thorsten Schulten (Hrsg. (Hrsg.): *Privatisierung von Krankenhäusern. Erfahrungen und Perspektiven aus Sicht der Beschäftigten* (199-219). Hamburg: VSA.
- [369] Suadican, P., Bonde, J. P., Olesen, K. & Gyntelberg, F. (2013). Job satisfaction and intention to quit the job. *Occupational Medicine*, 63(2): 96-102. doi: 10.1093/ocmed/kqs233.
- [370] Sütterlin, J. (2014). Spitaltyp und Klinikgrösse beeinflussen die Mitarbeiterzufriedenheit. *Competence*, 11: 24-25.
- [371] swissDRG AG (2015). *Fallpauschalen in Schweizer Spitälern Basisinformationen für Gesundheitsfachleute*. swissDRG: 2015.
- [372] Tadd, W., Clarke, A., Lloyd, L., Leino-Kilpi, H., Strandell, C., Lemonidou, C., Petsios, K., Salal, R., Barazzetti, G., Radaelli, S., Zalewski, Z., Bialecka, A., van der Arend, A. & Heymans, R. (2006). The value of nurses' codes: European nurses' views. *Nursing Ethics*, 13: 376-393. doi: 10.1191/0969733006ne891oa
- [373] Tai, W. C. T., Bame, S. I. & Robinsons, C. D. (1998). Review of Nursing Turnover Research, 1977-1996. *Social Science Medicine*, 47(12): 1905-1924. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00333-5
- [374] Takase, M., Yamashita, N. & Oba, K. (2007). Nurses' leaving intentions: antecedents and mediating factors. *Journal of Advanced Nursing*, 62(3): 295-306. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04554.x
- [375] Tay, L. & Diener, E. (2011). Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2): 354-365. doi: 10.1037/a0023779
- [376] Tekleab, A. G., Takeuchi, R., & Taylor, M. S. (2005). Extending the chain of relationships among organizational justice, social exchange, and employee reactions: The role of contract violations. *Academy of Management Journal*, 48(1): 146-157. doi: 10.5465/AMJ.2005.15993162
- [377] Temkin, O. (1971). Griechische Medizin als Wissenschaft und Handwerk. In: Hellmut Flashar (Hrsg.): *Antike Medizin* (1-28). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- [378] ten Hoeve, Y., Jansen, G. & Roodbol, P. (2014). The nursing profession: public image, self concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing Practice*, 70(2): 295-309. doi: 10.1111/jan.12177
- [379] Thielemann, U. (2014). Ökonomismuskritische Wirtschaftsethik – jenseits des Praktikalismus des Kontraproduktivitätsparadigmas. In: Walter Schaupp (Hrsg.): *Ethik und Empirie. Gegenwärtige Herausforderungen für Moralthologie und Sozialethik* (201-224). Fribourg: Herder.

- [380] Thorpe, K. & Loo, R. (2003). The Value Profile of Nursing Undergraduate Students: Implications for Education and Professional Development. *Journal of Nursing Education*, 42(2): 83-90. doi: 10.3928/0148-4834-20030201-09
- [381] Tourangeau, A. E. & Cranley, L. A. (2006). Nurse intention to remain employed: Understanding and strengthening determinants. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4): 497-509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03934.x
- [382] Trivellas, P., Reklitis, P. & Charalambos, P. (2013). The effect of job related stress on employees' satisfaction: A survey in Health Care. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 73: 718-726. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.02.110
- [383] Trüssel, P. (2015). Passgenauigkeit ist entscheidend. *Competence*, 6: 14.
- [384] Tummers, L. G., Groeneveld, S. M. & Lankhaar, M. (2013). Why do nurses intend to leave their organization? A large scale analysis in long term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12): 2826-2838. doi: 10.1111/jan.12249
- [385] Ulich, E. (2011). *Arbeitspsychologie*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- [386] Ulrich, C., O'Donnell, P., Taylor, C., Farrar, A., Danis, M. & Grady, C. (2007). Ethical climate, ethics stress, and job satisfaction of nurses and social workers in the United States. *Social Science & Medicine*, 65(8): 1708-1719. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.05.050
- [387] Unschuld, P. U. (1980). *Medizin in China. Eine Ideengeschichte*. München: Beck.
- [388] Utriainen, K. & Kyngäs, H. (2009). Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *Journal of Nursing Management*, 17(8): 1002-1010. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01028.x
- [389] Van der Eijk, P. (2011). Medicine and health in the craeco-roman world. In: Mark Jackson (Hrsg.): *The Oxford Handbook of the History of Medicine* (21-39). London: Oxford University Press. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199546497.013.0002
- [390] Veit, A. (1998). Erwartungen an den Pflegeberuf zu Ausbildungsbeginn und ihre Realisierung am Ende des zweiten Ausbildungsjahres (Längsschnittstudie). *Pflege*, 11: 100-107.
- [391] Verplanken, B. (2004). Value congruence and job satisfaction among nurses: a human relations perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 41(6): 599-605. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2003.12.011
- [392] Vitell, S. J. & Davis, D. L. (1990). The Relationship between Ethics and Job Satisfaction: An Empirical Investigation. *Journal of Business Ethics*, 9(6): 489-494. doi: 10.1007/BF00382842
- [393] Vogt, M. (2014). Methodische Schlussbetrachtung zum Verhältnis von Empirie und Ethik aus sozialem ethischer Sicht. In: Walter Schaupp (Hrsg.): *Ethik und Empi-*

- rie. *Gegenwärtige Herausforderungen für Moralthologie und Sozialethik* (371-380). Fribourg: Herder.
- [394] Von Kondratowitz, H. J. (2005). Langfristiger Wandel der Leitbilder in der Pflege. In: Klaus R. Schroeter & Thomas Rosenthal (Hrsg.): *Soziologie der Pflege. Grundlage, Wissensbestände und Perspektiven* (125-140). Weinheim/München: Juventa.
- [395] von Rosenstiel, L. (2014). Die Bedeutung von Arbeit. In: Heinz Schuler & Uwe P. Kanning (Hrsg.): *Lehrbuch der Personalpsychologie* 3. Auflage (25-57). Göttingen: Hogrefe.
- [396] von Rosenstiel, L. & Nerdinger, F. W. (2011). *Grundlagen der Organisationspsychologie*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- [397] Wäscher, S., Salloch, S., Ritter, P., Vollmann, J. & Schildmann, J. (2014). Triangulation in der empirischen Medizinethik am Beispiel des ETHICO-Projektes („Empirical-Ethical Interventions in Oncology“). *Bioethica Forum*, 7(4): 121-130.
- [398] Wahba, M. A. & Bridwell, L. G. (1976). Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 15(2): 212-240. doi: 10.1016/0030-5073(76)90038-6
- [399] Waldman, J. D., Kelly, F., Arora, S. & Smith, H. L. (2004). The shocking cost of turnover in health care. *Health Care Management Review*, 35(3): 206-211. doi: 10.1097/HMR.0b013e3181e3940e
- [400] Walker, L. J. (1991). Geschlechtsunterschiede in der Entwicklung des moralischen Urteils. In: Gertrud Nunner-Winkler (Hrsg.): *Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik* (109-120). Frankfurt: Campus.
- [401] Wegge, J. (2006). Gruppenarbeit. In: Heinz Schuler (Hrsg.): *Lehrbuch der Personalpsychologie* (79-610). Göttingen: Hogrefe.
- [402] Wehler, H. U. (2013). *Die neue Umverteilung. Soziale Ungleichheit in Deutschland*. München: C. H. Beck.
- [403] Weis, D. & Schank, M. J. (2000). An Instrument to Measure Professional Nursing Values. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2): 201-204. doi: 10.1111/j.1547-5069.2000.00201.x
- [404] Weis, D. & Schank, M. J. (2009). Development and Psychometric Evaluation of the Nurses Professional Values Scale – Revised. *Journal of Nursing Measurement*, 17(3): 221-231. doi: 10.1891/1061-3749.17.3.221
- [405] Wells, C. (1964). *Bones, Bodies and Disease. Evidence of Disease and Abnormality in early man*. London: Thames and Hudson.
- [406] Welt.de; 22. November 2010. *Gesund dank Aderlass und Loch in der Schädeldecke*. <http://www.welt.de/gesundheit/article11129531/Gesund-dank-Aderlass-und-Loch-in-der-Schaedeldecke.html>, aufgerufen am: 13. August 2013.

- [407] Werthemann, C. (2006). *Case Management im Gesundheitswesen. Konzeptionelle Grundlagen, ausländische Beispiele und erste Erfahrungen in der Schweiz*. Berlin: dissertation.de.
- [408] West, E. A., Griffith, W. P. & Iphofen, R. (2007). A Historical Perspective on the Nursing Shortage. *MEDSURG Nursing*, 16(2): 124-130.
- [409] Westendorf, J. J. (2007). The Nursing Shortage: Recruitment and Retention of Current and Future Nurses. *Plastic Surgical Nursing*, 27(2): 93-97. doi: 10.1097/01.PSN.0000278239.10835.1c
- [410] Wheeler, A. R., Coleman Gallagher, V., Brouer, R. L. & Sablynski, C. J. (2007). When person-organization (mis)fit and (dis)satisfaction lead to turnover. *Journal of Managerial Psychology*, 22(2): 203-219. doi: 10.1108/02683940710726447
- [411] Widmer, W. (2010). *Einführung in des Gesundheitswesen der Schweiz*. Zürich: Careum.
- [412] Willem, A., Buelens, M. & De Jonghe, I. (2007). Impact of organizational structure on nurses' job satisfaction: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6): 1011-1020. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.03.013
- [413] Willetts, G. & Clarke, D. (2014). Constructing nurses' professional identity through social identity theory. *International Journal of Nursing Practice*, 20(2): 164-169. doi: 10.1111/ijn.12108
- [414] Wils, J.-P. & Baumann-Hölzle, R. (2013). *Sinn und Zukunft des Gesundheitswesens. Wege aus einer Vertrauenskrise. Ein philosophischer Kommentar in praktischer Absicht*. Zürich: Schulthess.
- [415] Winkler, J. (2015). Grosse Herausforderungen für Spitäler und Kliniken. *Competence*, 10: 19.
- [416] Wittern, R. & Pellegrin, P. (1996). *Hippokratische Medizin und antike Philosophie*. Hildesheim: Olms.
- [417] Wollack, S., Goodale, J. G., Wijting, J. P. & Smith, P. C. (1971). Development of the survey of work values. *Journal of Applied Psychology*, 55(4): 331-338. doi: 10.1037/h0031531
- [418] Worthington, M., Salamonson, Y., Weaver, R. & Cleary, M. (2013). Predictive validity of the Macleod Clark Professional Identity Scale for undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 33(3): 187-191. doi: 10.1016/j.nedt.2012.01.012
- [419] Zangaro, G. A. & Soeken, K. L. (2007). A Meta-Analysis of Studies of Nurses' Job Satisfaction. *Research in Nursing & Health*, 30(4): 445-458. doi: 10.1002/nur.20202
- [420] Zeytinoglu, I. U., Denton, M., Davies, S., Baumann, A., Blythe, J. & Boos, L. (2006). Retaining nurses in their employing hospitals and in the profession: Effects

- of job preference, unpaid overtime, importance of earnings and stress. *Health Policy*, 79(1): 57-72. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.12.004
- [421] Zhang, L.-F., You, L.-M., Liu, K., Zheng, J., Fang, J.-B., Lu, M.-M., Luv, A.-L., Ma, W.-G., Wang, J., Wang, S.-H., Wu, X., Zhu, X.-W. & Bu, X.-Q. (2014). The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nursing Outlook*, 62(2): 128-137. doi: 10.1016/j.outlook.2013.10.010
- [422] Zhu, J., Rodgers, S. & Melia, K. M. (2015). A qualitative exploration of nurses leaving nursing practice in China. *Nursing Open*, 2(1): 3-13. doi: 10.1002/nop2.11
- [423] Ziegler, R. & Schlett, C. (2013). Formen der Arbeitszufriedenheit: Untersuchungen zur Validität der Selbstzuordnungsmethode sowie zu Unterschieden in der Valenz der Arbeit, der Arbeitssituation und der dispositionalen Affektivität. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*, 57(2): 51-76. doi: 10.1026/0932-4089/a000107
- [424] Zimmermann-Acklin, M. (2007). Rationierung im ethischen Disput. Positionen und Argumente. In: Markus Zimmermann-Acklin & Hans Halter (Hrsg.): *Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Beiträge zur Debatte in der Schweiz* (56-66). Basel: EMH.





A

Anhang zur qualitativen Erhebung

Tabelle A.1: Fragen und Anzahl Items nach der Überarbeitung

Frage	Anzahl zu beurteilende Aussagen
<b>Welche der folgenden Aussagen beschreibt am treffendsten, weshalb Sie den Pflegeberuf gewählt haben?</b> Bitte zutreffende Aussage ankreuzen (mehrere Antworten möglich)	Sechs Wahlmöglichkeiten
<b>Welche der folgenden Eigenschaften braucht eine gute Pflegefachperson? Beurteilen Sie bei jeder Eigenschaft, wie wichtig diese für Sie ist.</b> Zutreffendes ankreuzen	27 Aussagen (Likert-Skala 1= Gar nicht wichtig bis 5 = Sehr wichtig)  z.B. Eine gute Pflegefachperson muss sich selber reflektieren können.
<b>Wann erleben Sie in Ihrem Beruf Befriedigung? Beurteilen Sie, wie befriedigend die folgenden Situationen für Sie sind.</b> Zutreffendes ankreuzen	22 Aussagen (Likert-Skala 1= Gar nicht befriedigend bis 5 = Vollkommen befriedigend)  z.B. Ich erfahre grosse Befriedigung, wenn ich das Resultat der pflegerischen Handlung schnell sehe.
<b>Was für eine Pflegefachperson möchten Sie persönlich sein? Beurteilen Sie, wie wichtig die folgenden Eigenschaften für Sie sind.</b> Zutreffendes ankreuzen	13 Aussagen (Likert-Skala 1= Gar nicht wichtig bis 5 = Sehr wichtig)  z.B. Ich möchte eine Pflegefachperson sein, die sich stetig weiterentwickelt.
<b>Bitte beurteilen Sie wie zutreffend die folgenden Aussagen auf Ihren Arbeitsalltag in der Pflege für Sie sind.</b> Zutreffendes ankreuzen	64 Aussagen (Likert-Skala 1= Trifft gar nicht zu bis 5 = Trifft vollkommen zu)  z.B. Mir fehlt in meinem Arbeitsalltag die Zeit für Beratungsgespräche.
<b>Bitte beurteilen Sie wie zutreffend die folgenden Aussagen für Ihre Arbeit mit den Patientinnen und Patienten für Sie sind.</b> Zutreffendes ankreuzen	9 Aussagen (Likert-Skala 1= Trifft gar nicht zu bis 5 = Trifft vollkommen zu)  z.B. Für die Patientinnen und Patienten wird es immer schwieriger in Würde zu Sterben.
<b>Wodurch zeichnet sich der Pflegeberuf aus? Beurteilen Sie, wie zutreffend die folgenden Aussagen für Sie sind.</b> Zutreffendes ankreuzen	22 Aussagen (Likert-Skala 1= Trifft gar nicht zu bis 5 = Trifft vollkommen zu)  z.B. Die Schichtarbeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen.

Tabelle A.2: Codeliste

Kategorie	Code	Definition
Rahmen- bedingungen (übergeordnet)	Technik	Einflüsse der zunehmenden technischen Möglichkeiten auf den Arbeitsalltag in der Pflege. Ausgestaltung resp. Form der Einflüsse und damit verbundene Spannungsfelder oder Erleichterungen für die Pflege.
	Politik	Auswirkungen von Entscheiden der Politik auf den Arbeitsalltag in der Pflege resp. auf das Gesundheitswesen.
	Medizinische Machbarkeit	Einflüsse der zunehmenden Möglichkeiten von medizinischen Massnahmen auf den Arbeitsalltag in der Pflege. Wie sehen diese Einflüsse aus und welche Spannungsfelder oder Erleichterungen bieten diese für die Pflegearbeit?
	Ökonomisierung	Auswirkungen der DRGs und der zunehmenden Kosten-Nutzen-Überlegungen im Gesundheitswesen. Konsequenzen für den Berufsalltag und Umgang damit.
Arbeits- bedingungen	Work-Life-Balance	Verhältnis zwischen Arbeit und Freizeit. Wie sieht das Gleichgewicht zwischen Arbeitsbelastung und Erholungsmöglichkeiten in der Freizeit aus? Besteht im Pflegeberuf ein besonderes Ungleichgewicht? Wie wichtig ist den Pflegefachpersonen die Work-Life-Balance?
	Arbeitsbelastung (Zeitdruck / Stress)	Arbeitsintensität, zu erledigende Aufgaben in einer bestimmten Zeit, mehrere Aufgaben gleichzeitig, Umgang mit der Belastung, Empfinden der Pflegefachpersonen.
	Abwechslung	Vielfältigkeit der Tätigkeit, unterschiedliche oder auch unvorhergesehene, nicht planbare Arbeitsinhalte.
	Herausforderung	Problemstellungen im Arbeitsalltag, Schwierigkeiten bei der Arbeit und Unsicherheiten in der Behandlung.
	Weiterentwicklung	Welche Möglichkeiten bestehen, sich beruflich, fachlich oder persönlich weiterzuentwickeln und welche Formen (bietet die Arbeit selbst diese Möglichkeiten oder bestehen Weiterbildungsangebote) stehen zur Verfügung? Können die neu erworbenen Fähigkeiten im Arbeitsalltag genutzt werden?

Grundhaltung	Fürsorge / Care	Sich um die Patientinnen und Patienten kümmern. Pflege, die über die rein technische Pflege hinausgeht und das psychische Wohlbefinden der Patienten berücksichtigt.
	Nächstenliebe	Liebe für die Mitmenschen resp. eine positive Einstellung gegenüber den Mitmenschen.
	Toleranz / Respekt / Akzeptanz	Bedeutung für den Umgang mit den Patientinnen und Patienten, Hindernisse und förderliche Aspekte von Toleranz, Respekt und Akzeptanz. Nimmt die Patientinnen und Patienten mit ihren Eigenheiten an.
	Empathie Menschenbild	Fähigkeit sich in sein Gegenüber hinversetzen zu können. Vorherrschendes Bild über Eigenschaften oder Motive der Menschen, insbesondere der Patientinnen und Patienten. Wie sehen die Pflegefachpersonen die Patientinnen und Patienten und die im Gesundheitswesen tätigen Menschen?
	Patientenwohl Prinzipien / Richtlinien	Psychische und körperliche Gesundheit und Wohlbefinden  Ethische Richtlinien, Leitbild, Mission Statement, Code of Conduct oder gemeinsames Grundverständnis der pflegerischen Handlungen, Vorgaben der Organisation.
Kompetenzen (fachlich)	Wissenstransfer / Praxistransfer	Nutzbarkeit von fachlichem Wissen z.B. aus Weiter- oder Ausbildung im Arbeitsalltag, Möglichkeiten und Grenzen, Form.
	Fachwissen	Theoretische und praktische Kenntnisse in der Pflege, Pflegewissenschaft oder verwandten Fachgebieten
	Sozialkompetenz	Fähigkeiten mit unterschiedlichen Menschen umzugehen und in Interaktion mit ihnen (z.B. mit Patientinnen und Patienten) treten zu können.
Prägende Faktoren	Vorbilder	Menschen, z.B. Arbeitskolleginnen resp. -kollegen oder Vorgesetzte, die als Vorbilder angesehen werden; Gründe, warum diese Personen Vorbilder sind.
	Berufsbild	Vorstellung einer Pflegefachperson; wodurch zeichnet sich eine Pflegefachperson resp. der Pflegeberuf idealtypisch aus.

	Persönliche Betroffenheit	Berufswahl aufgrund eines persönlichen Erlebnisses, beispielsweise Angehörige oder Angehöriger im Spital oder eigene Erfahrung.
Zusammenarbeit	Hierarchien / Rivalität	Erleben der hierarchischen Strukturen in den Organisationen des Gesundheitswesens, Aussagen über Ausgestaltung der Hierarchien und Rivalitäten am Arbeitsplatz im Team oder zwischen den verschiedenen Berufsgruppen.
	Teamarbeit	Wie sieht die Zusammenarbeit mit den anderen Pflegefachpersonen aus, mit den Ärztinnen und Ärzten sowie mit anderen beteiligten Berufsgruppen, die in die Behandlung der Patientinnen und Patienten und mit den Pflegenden zusammenarbeiten.
	Mitsprache / Selbstständigkeit	Möglichkeit der Pflege in der Therapie- und Behandlungsplanung mitzuentcheiden oder selbstständig Entscheide zu treffen / Selbstständigkeit im Umgang mit Patientinnen und Patienten.
	Erwartungen / Ansprüche	Erwartungen und Ansprüche von Arbeitskolleginnen und -kollegen, von Vorgesetzten und Patientinnen und Patienten

**Fragebogen: Die Arbeit von Pflegefachpersonen**

Liebe Umfrageteilnehmerin, lieber Umfrageteilnehmer

Herzlichen Dank, dass Sie an dieser Erhebung teilnehmen.

Die folgende Umfrage erhebt anhand von konkreten Aussagen und Fragen verschiedene Facetten Ihrer beruflichen Situation.

Damit die Ergebnisse möglichst aussagekräftig sind, bitte ich Sie, die Fragen möglichst offen und spontan zu beantworten. Bitte lesen Sie jeweils jede Aussage genau durch und beantworten Sie diese.

Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und dienen lediglich Forschungszwecken. Sie werden auch nicht an Dritte weitergegeben. Ein Rückschluss von Ihren Antworten im Fragebogen auf Ihre Person ist somit zu keinem Zeitpunkt des Projekts möglich. Das Ausfüllen des Fragebogens nimmt etwa 20 Minuten in Anspruch.

Bei Fragen zur Umfrage wenden Sie sich bitte an:

lic. phil. Anja Huber, Psychologin FSP Studienleiterin

- Bitte geben Sie die genaue Bezeichnung Ihres ersten Pflegediploms an.
  - Diplomierte Pflegefachperson HF
  - Bachelor of Science in Pflege (BScN)- Fachhochschule
  - Bachelor of Science in Nursing - Universität
  - Krankenschwester/-pfleger für allgemeine Krankenpflege (AKP)
  - Krankenschwester/-pfleger für psychiatrische Krankenpflege (PSY)
  - Krankenschwester/-pfleger für Kinderkrankenpflege, Wochen- und Säuglingspflege (KWS)
  - Krankenschwester/-pfleger für Integrierte Krankenpflege (IKP)
  - Krankenschwester/-pfleger für Gemeindekrankenpflege (GKP)
  - Pflegefachperson mit SRK-Diplom
  - Krankenschwester/-pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege Diplommiveau I
  - Krankenschwester/-pfleger für Gesundheits- und Krankenpflege Diplommiveau II
  - Eigene Antwort:

- Demografische Daten
  - Ihr Geschlecht (männlich / weiblich)
  - Beschäftigungsgrad (1-100%)
  - Ihr Alter (unter 18 Jahren; 18 bis 20 Jahre; 21 bis 30 Jahre; 31 bis 40 Jahre; 41 bis 50 Jahre; 51 bis 60 Jahre; über 60 Jahre)
  - Arbeitsbereich (Akutbereich (Spital/Klinik); Langzeitbereich; Spitex; Psychiatrie)
- Welche der folgenden Aussagen beschreibt am treffendsten, weshalb Sie den Pflegeberuf gewählt haben?

*Bitte zutreffende Aussage ankreuzen (mehrere Antworten möglich)*

- Ich wurde Pflegefachperson aus persönlichen Gründen (Angehörige, die im Spital waren; eigene Erfahrung mit dem Spital in der Kindheit oder Jugend; Angehörige, die in der Pflege gearbeitet haben).
  - Ich habe mich für den Pflegeberuf entschieden, weil er mir beim „Schnuppern“ am meisten zugesagt hat.
  - Ich wurde Pflegefachperson, weil mir der Kontakt mit Menschen wichtig ist.
  - Ich wurde Pflegefachperson, weil ich Menschen helfen will.
  - Ich wurde Pflegefachperson, weil mich das medizinische Fachwissen interessiert.
  - Ich wollte schon immer in der Pflege arbeiten.
  - Eigene Antwort:
- Lesen Sie bitte die folgenden Merkmale durch, die eine Pflegefachperson beschreiben könnten: Fürsorglich, mitfühlend, geduldig, respektvoll, hilfsbereit, verantwortungsbewusst, menschlich, fleissig. Diese Eigenschaften können auf Sie selbst oder auf jemand anderen zutreffen.

*Bitte versuchen Sie sich nun eine Person vorzustellen, die einige oder alle dieser Eigenschaften besitzt. Führen Sie sich dabei vor Augen, wie diese Person denkt, fühlt und handelt. Sobald Sie ein klares Bild über diese Person haben, beantworten Sie bitte folgende Fragen. Geben Sie bitte das Ausmass Ihrer Zustimmung (1=trifft gar nicht zu; 2=trifft nicht zu; 3=weder noch; 4=trifft zu; 5=trifft vollkommen zu) zu den folgenden Aussagen an:*

- Es würde mir ein gutes Gefühl geben, eine Person mit diesen Eigenschaften zu sein.
- Ich trage oft Kleidung, die mich als jemanden auszeichnet, der diese Eigenschaften besitzt.



## A Anhang zur qualitativen Erhebung

- Es ist mir wichtig, eine Person mit diesen Eigenschaften zu sein.
  - Ich würde mich schämen, eine Person mit solchen Eigenschaften zu sein.
  - Die Dinge, die ich in meiner Freizeit mache (z.B. Hobbys), zeichnen mich klar als eine Person mit diesen Eigenschaften aus.
  - Die Art von Büchern und Magazine, die ich lese, weisen mich als eine Person mit diesen Eigenschaften aus.
  - Diese Eigenschaften zu besitzen, ist nicht wirklich wichtig für mich.
  - Dass ich solche Eigenschaften habe, wird für andere durch meine Mitgliedschaft in gewissen Organisationen ersichtlich.
  - Ich beteilige mich an Aktivitäten, die anderen vermitteln, dass ich solche Eigenschaften besitze.
  - Ich wünsche es mir sehr, diese Eigenschaften zu haben.
- Stellen Sie sich Ihr Ideal einer Pflegefachperson vor. Wie zutreffend sind die folgenden Eigenschaften für die Beschreibung dieses Ideals.  
*Zutreffendes bitte ankreuzen (1=trifft gar nicht zu; 2=trifft nicht zu; 3=weder noch; 4=trifft zu; 5=trifft vollkommen zu).*
    - Eine Pflegefachperson muss empathisch sein.
    - Eine Pflegefachperson muss geduldig sein.
    - Eine Pflegefachperson muss der Patientin resp. dem Patienten mit Respekt begegnen.
    - Eine Pflegefachperson muss die Patientin resp. den Patienten mit ihren/seinen Eigenheiten annehmen.
    - Eine Pflegefachperson muss die grundlegenden Umgangsformen beherrschen.
    - Eine Pflegefachperson braucht eine positive Grundhaltung zum Menschen.
    - Eine Pflegefachperson muss Nächstenliebe zeigen.
    - Eine Pflegefachperson muss sich selber reflektieren können.
    - Eine Pflegefachperson muss gut zuhören können.
    - Eine Pflegefachperson muss stressresistent sein.
    - Eine Pflegefachperson muss im Privatleben einen Ausgleich zum Beruf finden.
    - Eine Pflegefachperson muss die Theorie mit der Praxis verknüpfen können.
    - Eine Pflegefachperson muss fürsorglich sein.

- Eine Pflegefachperson fördert die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten.
  - Eine Pflegefachperson muss ein Interesse am Wohl der Patientinnen und Patienten haben.
  - Eine Pflegefachperson muss individuell auf die Patientin resp. den Patienten eingehen.
  - Eine Pflegefachperson braucht Interesse an der Medizin.
  - Eine Pflegefachperson muss sich ständig fachlich weiterentwickeln.
  - Eine Pflegefachperson berücksichtigt die Patientenbedürfnisse.
  - Eine Pflegefachperson muss ihre eigenen Grenzen kennen.
  - Eine Pflegefachperson muss die Anforderungen der Organisation, in der sie arbeitet, berücksichtigen.
  - Eine Pflegefachperson muss Respekt vor den Menschen haben, mit denen sie im beruflichen Alltag zu tun hat.
  - Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung für die Patientin resp. den Patienten bewusst sein.
  - Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung gegenüber der Organisation, in der sie arbeitet, bewusst sein.
  - Eine Pflegefachperson respektiert den Patientenwillen.
  - Eine Pflegefachperson muss sich bewusst sein, dass die Patientin resp. der Patient ihr ein Stückweit ausgeliefert ist.
  - Eine Pflegefachperson muss fachkompetent sein.
  - Eine Pflegefachperson muss sozialkompetent sein
  - Eine Pflegefachperson muss menschlich sein.
  - Eine Pflegefachperson muss engagiert sein.
  - Eine Pflegefachperson muss Patientensituationen einschätzen können.
  - Eine Pflegefachperson möchte etwas im Pflegeberuf bewegen.
- Wann erleben Sie in Ihrem Beruf Zufriedenheit? Beurteilen Sie, wie zufriedenstellend die folgenden Situationen für Sie sind.  
*Zutreffendes bitte ankreuzen (1=trifft gar nicht zu; 2=trifft nicht zu; 3=weder noch; 4=trifft zu; 5=trifft vollkommen zu).*
    - Ich empfinde grosse Zufriedenheit im Umgang mit Menschen.

## *A Anhang zur qualitativen Erhebung*

- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Patientensituation verbessern kann.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich Vitalzeichen richtig eingeschätzt habe.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Teamarbeit reibungslos funktioniert.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich das Resultat meiner pflegerischen Handlung sehe.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient bei mir aufgehoben fühlt.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient von mir verstanden fühlt.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient von mir ernstgenommen fühlt.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientinnen resp. die Patienten Vertrauen zu mir haben.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient mit einem Problem zu mir kommen kann.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine sinnhafte Tätigkeit habe.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Balance zwischen Beruf und Privatleben finde.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich im Beruf Herausforderungen habe.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn meine Arbeit menschlich ist.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich Herausforderungen erfolgreich meistern kann
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine abwechslungsreiche Arbeit habe.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine bessere Bezahlung erhalte.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient bei mir sich selber sein kann.
- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient bei der Behandlung mitmacht.

- Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich die Zeit habe, auf die Patientin resp. den Patienten einzugehen.
  - Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich mich von meinen Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen akzeptiert fühle.
  - Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Zusammenarbeit mit verschiedenen Disziplinen funktioniert.
  - Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit in der vorgegebenen Zeit erledigen kann.
- Bitte beurteilen Sie, wie zutreffend die folgenden Aussagen für Ihren Arbeitsalltag in der Pflege für Sie sind.

*Zutreffendes bitte ankreuzen (1=trifft gar nicht zu; 2=trifft nicht zu; 3=weder noch; 4=trifft zu; 5=trifft vollkommen zu).*

- Ich erlebe in meinem Arbeitsalltag erhöhten Zeitdruck.
- Mir fehlt in meinem Arbeitsalltag die Zeit für Beratungsgespräche.
- Ich muss immer mehr Tätigkeiten in kürzerer Zeit erledigen.
- Durch den Zeitdruck leidet die Qualität der Pflege.
- Die Arbeitsbelastung in meinem Arbeitsalltag ist in den letzten 5 Jahren gewachsen.
- Wenn die Zeit für aktivierende Pflege fehlt, kann man einen Roboter an Patientenbett stellen, der die pflegerische Arbeit teilweise abnimmt.
- Es gibt immer weniger Personal für mehr Patientinnen und Patienten.
- Ich muss immer mehr administrative Aufgaben übernehmen.
- Ich verbringe viel Zeit am Computer.
- Ich möchte lieber mehr Zeit mit den Patientinnen resp. den Patienten verbringen, anstatt am Computer zu sitzen.
- Vor lauter Administration sieht man die Patientin resp. den Patienten nicht mehr.
- Ich fühle mich unter Druck gesetzt, weil ich verschiedenen Ansprüchen gerecht werden muss.
- Ich setze mich durch meine eigenen Erwartungen unter Druck.
- Fremderwartungen setzen mich unter Druck.
- Die Professionalisierung des Pflegeberufs hat meine Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst.

## *A Anhang zur qualitativen Erhebung*

- Die Pflegefachpersonen sind selbständiger geworden.
- Die Pflege hat ein grösseres Mitspracherecht in der Patientenbehandlung.
- Die Pflege ist nicht mehr nur die ausführende Kraft des Arztes.
- Der Pflegeberuf hat an Vielschichtigkeit gewonnen.
- Die Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft sind ein wichtiger Bestandteil in meinem Arbeitsalltag.
- Die Akademisierung des Pflegeberufs hat meinen Arbeitsalltag in den letzten 10 Jahren verändert.
- Ich sehe ein Problem in der Professionalisierung der Pflege.
- Die grössere Machbarkeit in der Medizin hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.
- Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.
- Die DRGs haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.
- Das Gesundheitswesen wird immer teurer, aber es wird immer schwieriger, gute Pflege zu leisten.
- Die Weiterbildungen, die ich besucht habe, haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.
- Die Weiterbildungen, die ich besucht habe, haben beeinflusst, wie ich den Pflegeberuf wahrnehme.
- Ich würde mich gerne auf einem Fachgebiet stärker spezialisieren.
- Es wird auf Kosten der Pflege gespart.
- Die verbesserte Pflegediagnostik erleichtert meinen Arbeitsalltag.
- Der Ablauf des diagnostischen Prozesses erleichtert die Einschätzung, was die Patientin resp. der Patient an Pflege benötigt.
- Das wachsende Fachwissen der Pflege soll mit mehr Mitspracherecht einhergehen.
- Durch die wissenschaftliche Ausbildung haben die Pflegenden mehr Ansprüche an die Arbeitsstruktur.
- Es braucht fachliche Eigenständigkeit, damit man von professioneller Pflege sprechen kann.
- Damit die Pflege gute Arbeit leisten kann, braucht es eine Anpassung der Strukturen.

- Je besser die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist, desto besser sind die Resultate in der Pflege.
- Die Hierarchien innerhalb der Pflege erschweren die Teamarbeit.
- Zwischen der Pflege und den Ärzten besteht eine gewisse Rivalität.
- Wegen der Rivalität zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen würde ich den Pflegeberuf nicht weiterempfehlen.
- Das Management erkennt die Breite der pflegerischen Aufgaben nicht.
- Die Zusammenarbeit mit dem Management erlebe ich als schwierig.
- Die Zusammenarbeit mit meinen direkten Vorgesetzten erlebe ich als schwierig.
- Pflegenden, die in alten Rollen der Pflege denken, erschweren die Zusammenarbeit.
- Mit Humor bei der Arbeit geht vieles leichter.
- Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) können ihr Fachwissen im Praxisalltag einbringen.
- Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) fehlt die Praxiserfahrung.
- Die FaGes entlasten die diplomierten Pflegefachpersonen im Berufsalltag.
- Die FaGes verfügen über ein solides Fachwissen in der Pflege.
- Die FaGes haben viele Möglichkeiten, sich einen breiten Erfahrungsschatz in der Pflege anzueignen.
- Die bioethischen Prinzipien sind der Mehrheit der Pflegefachpersonen bekannt.
- Meine Einstellung zu meinem Beruf hat sich verändert, seit ich angefangen habe.
- Ich nehme den Pflegeberuf heute ganzheitlicher wahr als bei meinem Einstieg in den Pflegeberuf.
- Ich bin toleranter gegenüber anderen Berufsgruppen im Spital als bei meinem Einstieg in den Pflegeberuf.
- Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) entwickeln viele Hilfsmittel für die Pflege, die nicht praxistauglich sind.
- Ich würde den Pflegeberuf wieder als Beruf ergreifen.

## A Anhang zur qualitativen Erhebung

- Wodurch zeichnet sich der Pflegeberuf aus? Beurteilen Sie, wie zutreffend die folgenden Aussagen für Sie sind.

*Zutreffendes bitte ankreuzen (1=trifft gar nicht zu; 2=trifft nicht zu; 3=weder noch; 4=trifft zu; 5=trifft vollkommen zu).*

- Eine Pflegefachperson verfügt über ein gutes medizinisches Fachwissen.
  - Der Pflegeberuf bietet Entwicklungsmöglichkeiten.
  - Eine Pflegefachperson braucht psychologisches Wissen.
  - Eine Pflegefachperson braucht gute Kommunikationsfertigkeiten.
  - Eine Pflegefachperson hat eine Verantwortung den Patienten und Patientinnen gegenüber.
  - Der Pflegeberuf ist abwechslungsreich.
  - Der Stress im Pflegeberuf ist sehr hoch.
  - Der Pflegeberuf ist ein hervorragender Beruf, um mit Menschen in Kontakt zu sein.
  - Die finanziellen Anreize spielen im Pflegeberuf keine grosse Rolle.
  - Die Arbeitsbedingungen spielen eine wichtige Rolle, ob ich den Pflegeberuf weiterempfehlen würde.
  - Die Schichtarbeit in der Pflegearbeit schränkt das Sozialleben ein.
  - Die Schichtarbeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen.
  - Die Arbeit in der Pflege ist körperlich anstrengend.
  - Die Arbeit in der Pflege ist psychisch belastend.
  - Eine Pflegefachperson muss sich stetig weiterentwickeln.
  - In der Pflege kann man sich selber verwirklichen.
  - In der Pflege geht es um Teamarbeit.
  - Die Pflege muss auf politischer Ebene für bessere Rahmenbedingungen kämpfen.
  - Die Überzeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen.
  - Die unbefriedigende Qualität in der Pflege ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.
  - Der Stress im Berufsalltag ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.
- Wie zutreffend sind für Sie die folgenden Aussagen zu Ihrer beruflichen Einstellung?

*Zutreffendes bitte ankreuzen (1=trifft gar nicht zu; 2=trifft nicht zu; 3=weder noch; 4=trifft zu; 5=trifft vollkommen zu).*

- Habe nicht die Absicht, das Berufsfeld zu wechseln.
  - Ich bin gerne eine Pflegefachperson.
  - Ich bin stolz darauf, in der Pflege zu arbeiten.
  - Der Pflegeberuf bringt meine Kreativität ins Spiel.
  - Eine Kündigung würde für mich sehr schmerzhaft sein.
  - Im Pflegeberuf werden meine Kompetenzen und Stärken gut genutzt.
  - Ich habe schon zu viel Zeit und Geld in meine Karriere als Pflegefachperson investiert und möchte deshalb das Berufsfeld der Pflege nicht verlassen.
  - Ich informiere mich über die Arbeitsbedingungen anderer Berufsfelder, um meine Überzeugung zu stärken, dass ich im richtigen Beruf arbeite.
  - Ich beobachte meine berufliche Entwicklung, in dem ich meine Interessen, meine Persönlichkeit und meine Werte reflektiere.
  - Ich habe den Pflegeberuf gewählt, unabhängig was mein Umfeld dazu gesagt hat.
  - Ich tausche mich gerne mit Fachpersonen aus der Pflege aus.
  - Ich fühle mich als Mitglied des Pflegeberufs.
  - Ich habe das Gefühl, dass ich eine starke Bindung zu anderen Mitgliedern des Pflegeberufs habe.
  - Ich schäme mich oft zuzugeben, dass ich dieser Berufsgruppe angehöre.
  - Ich kann mich positiv mit Vertretern meiner Berufsgruppe identifizieren.
  - Ich denke, dass ich viele Charaktereigenschaften mit anderen Pflegefachpersonen teile.
- Welche der folgenden Aussagen beschreibt am treffendsten Ihre momentane berufliche Zufriedenheit?

*Zutreffendes bitte ankreuzen.*

- „Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden – ich sage mir, es könnte viel schlimmer sein.“
- „Ich bin mit meiner Arbeit nicht zufrieden, weil mich wichtige Punkte ärgern. Ich glaube aber, dass sich in Zukunft einige dieser Punkte ändern.“
- „Ich bin mit meiner Arbeit wirklich zufrieden und wünsche mir für die nächste Zukunft nur, dass alles so gut bleibt.“



## A Anhang zur qualitativen Erhebung

- „Irgendwie bin ich mit meiner Arbeit unzufrieden, aber ich weiß auch nicht, was ich tun soll.“
- „Ich bin mit meiner Arbeit wirklich zufrieden – gerade auch, weil ich es dabei noch weiter bringen kann.“
- Beurteilen Sie die folgenden Aussagen, wie zutreffend diese für Ihre momentane berufliche Situation sind.

*Zutreffendes bitte ankreuzen (1=trifft gar nicht zu; 2=trifft nicht zu; 3=weder noch; 4=trifft zu; 5=trifft vollkommen zu).*

- Weil meine Situation noch besser sein könnte, kann ich mit meiner Stelle noch nicht zufrieden sein.
- Ich bin wirklich zufrieden mit meiner Stelle. Die Stelle hat meine Bedürfnisse und Wünsche bisher erfüllt, und ich kann mich in Zukunft noch verbessern.
- Ich bin doch eher unzufrieden mit meiner Stelle. Es gibt auch keine Möglichkeiten für mich, etwas zu unternehmen und meine Lage zu verbessern.
- Ich wünsche mir, dass sich an meiner Stelle nichts ändert.
- Weil meine Situation schlechter sein könnte, kann ich mit meiner Stellung zufrieden sein.
- Ich bin eher unzufrieden mit meiner Stelle. Ich versuche, durch eigene Anstrengung und mit Hilfe anderer daran etwas zu ändern.
- Ich bin mit meiner Stelle wirklich zufrieden – gerade auch, weil ich es hier noch weiterbringen kann.
- Ich habe meine gesetzten Ziele an meiner Stelle noch nicht erreicht, aber ich weiß nicht, was ich noch tun könnte, um sie zu erreichen.
- Ich bin mit meiner Stelle wirklich zufrieden und wünsche mir für die nächste Zeit nur, dass alles so gut bleibt.
- Ich habe meine gesetzten Ziele an meiner Stelle eigentlich nicht erreicht, aber ich gebe mich mit dem Erreichten zufrieden.
- Wie oft denken Sie über eine Kündigung Ihrer aktuellen Stelle nach?

*Zutreffendes bitte ankreuzen.*

- nie
- selten
- manchmal
- oft

- immer
- Lesen Sie die folgenden Fragen durch und geben Sie an für wie wahrscheinlich, Sie die beschriebenen Aussagen halten.  
*Zutreffendes bitte ankreuzen (1=sehr unwahrscheinlich; 2=unwahrscheinlich; 3= weder noch; 4=wahrscheinlich; 5=sehr wahrscheinlich).*
  - Wie wahrscheinlich ist es für Sie, eine annehmbare Alternative zu Ihrer jetzigen Stelle zu finden?
  - Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr eine neue Stelle suchen?
  - Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr Ihre Stelle kündigen?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für die Umfrage genommen haben.

Für Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.



# B

## Anhang zur quantitativen Erhebung

Tabelle B.1: Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Weiterentwicklung der Skala zum Berufsethos der Pflege

	Komponente	
	1	2
Eine Pflegefachperson muss empathisch sein.	<b>.551</b>	.132
Eine Pflegefachperson muss geduldig sein.	<b>.544</b>	.047
Eine Pflegefachperson muss der Patientin resp. dem Patienten mit Respekt begegnen.	<b>.687</b>	-.080
Eine Pflegefachperson muss die Patientin resp. den Patienten mit ihren/seinen Eigenheiten annehmen.	<b>.525</b>	-.099
Eine Pflegefachperson muss die grundlegenden Umgangsformen beherrschen.	<b>.624</b>	.012
Eine Pflegefachperson braucht eine positive Grundhaltung zum Menschen.	<b>.667</b>	-.100
Eine Pflegefachperson muss Nächstenliebe zeigen.	<b>.448</b>	-.083
Eine Pflegefachperson muss sich selber reflektieren können.	<b>.526</b>	-.125
Eine Pflegefachperson muss gut zuhören können.	<b>.656</b>	-.128
Eine Pflegefachperson muss stressresistent sein.	<b>.510</b>	.141
Eine Pflegefachperson muss im Privatleben einen Ausgleich zum Beruf finden.	<b>.498</b>	.092
Eine Pflegefachperson muss die Theorie mit der Praxis verknüpfen können.	<b>.676</b>	-.073
Eine Pflegefachperson muss fürsorglich sein.	<b>.495</b>	.012
Eine Pflegefachperson fördert die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten.	<b>.641</b>	-.090
Eine Pflegefachperson muss ein Interesse am Wohl der Patientinnen und Patienten haben.	<b>.711</b>	-.118
Eine Pflegefachperson muss individuell auf die Patientin resp. den Patienten eingehen.	<b>.688</b>	-.161
Eine Pflegefachperson braucht Interesse an der Medizin.	<b>.613</b>	.010
Eine Pflegefachperson muss sich ständig fachlich weiterentwickeln.	<b>.668</b>	-.143
Eine Pflegefachperson berücksichtigt die Patientenbedürfnisse.	<b>.726</b>	-.097
Eine Pflegefachperson muss ihre eigenen Grenzen kennen.	<b>.594</b>	-.036
Eine Pflegefachperson muss die Anforderungen der Organisation, in der sie arbeitet, berücksichtigen.	<b>.620</b>	-.054
Eine Pflegefachperson muss Respekt vor den Menschen haben, mit denen sie im beruflichen Alltag zu tun hat.	<b>.635</b>	-.195
Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung für die Patientin resp. den Patienten bewusst sein.	<b>.751</b>	-.186
Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung gegenüber der Organisation, in der sie arbeitet, bewusst sein.	<b>.642</b>	-.089
Eine Pflegefachperson respektiert den Patientenwillen.	<b>.585</b>	-.094

Eine Pflegefachperson muss sich bewusst sein, dass die Patientin resp. der Patient ihr ein stückweit ausgeliefert ist.	<b>.561</b>	-.099
Eine Pflegefachperson muss fachkompetent sein.	<b>.733</b>	-.046
Eine Pflegefachperson muss sozialkompetent sein	<b>.746</b>	-.139
Eine Pflegefachperson muss menschlich sein.	<b>.683</b>	-.181
Eine Pflegefachperson muss engagiert sein.	<b>.636</b>	-.091
Eine Pflegefachperson muss Patientensituationen einschätzen können.	<b>.759</b>	-.118
Eine Pflegefachperson möchte etwas im Pflegeberuf bewegen.	<b>.523</b>	-.220
Eine Pflegefachperson verfügt über ein gutes medizinisches Fachwissen.	<b>.507</b>	.132
<b>Der Pflegeberuf bietet Entwicklungsmöglichkeiten.</b>	<b>.424</b>	<b>-.215</b>
Eine Pflegefachperson braucht psychologisches Wissen.	<b>.554</b>	.130
Eine Pflegefachperson braucht gute Kommunikationsfertigkeiten.	<b>.606</b>	.142
Eine Pflegefachperson hat eine Verantwortung den Patienten und Patientinnen gegenüber.	<b>.683</b>	.109
Der Pflegeberuf ist abwechslungsreich.	<b>.590</b>	-.057
Der Stress im Pflegeberuf ist sehr hoch.	<b>.322</b>	<b>.615</b>
Der Pflegeberuf ist ein hervorragender Beruf, um mit Menschen in Kontakt zu sein.	<b>.477</b>	.053
<b>Die Arbeitsbedingungen spielen eine wichtige Rolle, ob ich den Pflegeberuf weiterempfehlen würde.</b>	<b>.258</b>	<b>.423</b>
Die Schichtarbeit in der Pflegearbeit schränkt das Sozialleben ein.	.216	<b>.646</b>
Die Arbeit in der Pflege ist körperlich anstrengend.	.361	<b>.514</b>
Die Arbeit in der Pflege ist psychisch belastend.	.436	<b>.516</b>
Eine Pflegefachperson muss sich stetig weiterentwickeln.	<b>.635</b>	.074
<b>In der Pflege kann man sich selber verwirklichen.</b>	<b>.309</b>	<b>-.216</b>
<b>In der Pflege geht es um Teamarbeit.</b>	<b>.434</b>	<b>.124</b>
<b>Die Pflege muss auf politischer Ebene für bessere Rahmenbedingungen kämpfen.</b>	<b>.409</b>	<b>.321</b>
<b>Die Überzeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen.</b>	<b>.200</b>	<b>.495</b>
<b>Die unbefriedigende Qualität in der Pflege ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.</b>	<b>.220</b>	<b>.469</b>
Der Stress im Berufsalltag ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	.210	<b>.645</b>

---

Extraktionsmethode: Analyse der Hauptkomponente.

a. 2 Komponenten extrahiert.

n= 267

Tabelle B.2: Cronbachs-Alpha, wenn das Item gelöscht würde (im Rahmen der Weiterentwicklung der Skala zur Erfassung des Berufsethos in der Pflege)

Eine Pflegefachperson muss empathisch sein.	.952
Eine Pflegefachperson muss geduldig sein.	.952
Eine Pflegefachperson muss der Patientin resp. dem Patienten mit Respekt begegnen.	.951
Eine Pflegefachperson muss die Patientin resp. den Patienten mit ihren/seinen Eigenheiten annehmen.	.952
Eine Pflegefachperson muss die grundlegenden Umgangsformen beherrschen.	.952
Eine Pflegefachperson braucht eine positive Grundhaltung zum Menschen.	.951
<b>Eine Pflegefachperson muss Nächstenliebe zeigen.</b>	<b>.953</b>
Eine Pflegefachperson muss sich selber reflektieren können.	.952
Eine Pflegefachperson muss gut zuhören können.	.951
<b>Eine Pflegefachperson muss stressresistent sein.</b>	<b>.953</b>
Eine Pflegefachperson muss im Privatleben einen Ausgleich zum Beruf finden.	.952
Eine Pflegefachperson muss die Theorie mit der Praxis verknüpfen können.	.951
Eine Pflegefachperson muss fürsorglich sein.	.952
Eine Pflegefachperson fördert die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten.	.951
Eine Pflegefachperson muss ein Interesse am Wohl der Patientinnen und Patienten haben.	.951
Eine Pflegefachperson muss individuell auf die Patientin resp. den Patienten eingehen.	.951
Eine Pflegefachperson braucht Interesse an der Medizin.	.952
Eine Pflegefachperson muss sich ständig fachlich weiterentwickeln.	.951
Eine Pflegefachperson berücksichtigt die Patientenbedürfnisse.	.951
Eine Pflegefachperson muss ihre eigenen Grenzen kennen.	.952
Eine Pflegefachperson muss die Anforderungen der Organisation, in der sie arbeitet, berücksichtigen.	.952
Eine Pflegefachperson muss Respekt vor den Menschen haben, mit denen sie im beruflichen Alltag zu tun hat.	.951
Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung für die Patientin resp. den Patienten bewusst sein.	.951
Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung gegenüber der Organisation, in der sie arbeitet, bewusst sein.	.951
Eine Pflegefachperson respektiert den Patientenwillen.	.952
Eine Pflegefachperson muss sich bewusst sein, dass die Patientin resp. der Patient ihr ein Stückweit ausgeliefert ist.	.952
Eine Pflegefachperson muss fachkompetent sein.	.951
Eine Pflegefachperson muss sozialkompetent sein	.951
Eine Pflegefachperson muss menschlich sein.	.951

Eine Pflegefachperson muss engagiert sein.	.951
Eine Pflegefachperson muss Patientensituationen einschätzen können.	.951
Eine Pflegefachperson möchte etwas im Pflegeberuf bewegen.	.952
Eine Pflegefachperson verfügt über ein gutes medizinisches Fachwissen	.952
Eine Pflegefachperson braucht psychologisches Wissen.	.952
Eine Pflegefachperson braucht gute Kommunikationsfertigkeiten.	.952
Eine Pflegefachperson hat eine Verantwortung den Patienten und Patientinnen gegenüber.	.951
<b>Der Pflegeberuf bietet Entwicklungsmöglichkeiten.</b>	<b>.953</b>
Der Pflegeberuf ist abwechslungsreich.	.952
<b>Der Pflegeberuf ist ein hervorragender Beruf, um mit Menschen in Kontakt zu sein.</b>	<b>.952</b>
Eine Pflegefachperson muss sich stetig weiterentwickeln.	.951
<b>In der Pflege kann man sich selber verwirklichen.</b>	<b>.954</b>
<b>In der Pflege geht es um Teamarbeit.</b>	<b>.953</b>
<b>Die Pflege muss auf politischer Ebene für bessere Rahmenbedingungen kämpfen.</b>	<b>.953</b>

---

n= 267



Tabelle B.3: Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Weiterentwicklung der Skala zum Berufsalltag in der Pflege

	Komponente	
	1	2
Ich erlebe in meinem Arbeitsalltag erhöhten Zeitdruck.	<b>0,623</b>	0,034
Mir fehlt in meinem Arbeitsalltag die Zeit für Beratungsgespräche.	<b>0,640</b>	-0,079
Ich muss immer mehr Tätigkeiten in kürzerer Zeit erledigen.	<b>0,714</b>	-0,090
Durch den Zeitdruck leidet die Qualität der Pflege.	<b>0,640</b>	-0,160
Die Arbeitsbelastung in meinem Arbeitsalltag ist in den letzten 5 Jahren gewachsen.	<b>0,662</b>	0,053
Es gibt immer weniger Personal für mehr Patientinnen und Patienten.	<b>0,612</b>	-0,083
Ich muss immer mehr administrative Aufgaben übernehmen.	<b>0,563</b>	-0,073
<b>Ich verbringe viel Zeit am Computer.</b>	<b>0,420</b>	<b>-0,017</b>
<b>Ich möchte lieber mehr Zeit mit den Patientinnen resp. den Patienten verbringen, anstatt am Computer zu sitzen.</b>	<b>0,468</b>	<b>-0,060</b>
Vor lauter Administration sieht man die Patientin resp. den Patienten nicht mehr.	<b>0,591</b>	-0,234
Ich fühle mich unter Druck gesetzt, weil ich verschiedenen Ansprüchen gerecht werden muss.	<b>0,688</b>	-0,073
<b>Ich setze mich durch meine eigenen Erwartungen unter Druck.</b>	<b>0,455</b>	<b>0,089</b>
Fremderwartungen setzen mich unter Druck.	<b>0,520</b>	-0,032
Die Professionalisierung des Pflegeberufs hat meine Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst.	-0,037	<b>0,649</b>
Die Pflegefachpersonen sind selbständiger geworden.	-0,076	<b>0,622</b>
Die Pflege hat ein grösseres Mitspracherecht in der Patientenbehandlung.	-0,083	<b>0,574</b>
Die Pflege ist nicht mehr nur die ausführende Kraft des Arztes.	-0,090	<b>0,571</b>
Der Pflegeberuf hat an Vielschichtigkeit gewonnen.	0,003	<b>0,634</b>
Die Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft sind ein wichtiger Bestandteil in meinem Arbeitsalltag.	0,011	<b>0,729</b>
Die Akademisierung des Pflegeberufs hat meinen Arbeitsalltag in den letzten 10 Jahren verändert.	0,221	<b>0,527</b>
<b>Ich sehe ein Problem in der Professionalisierung der Pflege.</b>	<b>0,239</b>	<b>-0,316</b>
<b>Die grössere Machbarkeit in der Medizin hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.</b>	<b>0,380</b>	<b>0,164</b>
Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	<b>0,527</b>	0,040
<b>Die DRGs haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.</b>	<b>0,471</b>	<b>0,075</b>

Das Gesundheitswesen wird immer teurer, aber es wird immer schwieriger, gute Pflege zu leisten.	<b>0,686</b>	-0,111
Die Weiterbildungen, die ich besucht habe, haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,240	<b>0,551</b>
Die Weiterbildungen, die ich besucht habe, haben beeinflusst, wie ich den Pflegeberuf wahrnehme.	0,247	<b>0,507</b>
<b>Ich würde mich gerne auf einem Fachgebiet stärker spezialisieren.</b>	<b>0,171</b>	<b>0,342</b>
Es wird auf Kosten der Pflege gespart.	<b>0,575</b>	0,046
Die verbesserte Pflegediagnostik erleichtert meinen Arbeitsalltag.	0,039	<b>0,668</b>
Der Ablauf des diagnostischen Prozesses erleichtert die Einschätzung, was die Patientin resp. der Patient an Pflege benötigt.	0,027	<b>0,617</b>
Das wachsende Fachwissen der Pflege soll mit mehr Mitspracherecht einhergehen.	0,359	<b>0,524</b>
Durch die wissenschaftliche Ausbildung haben die Pflegenden mehr Ansprüche an die Arbeitsstruktur.	0,200	<b>0,594</b>
<b>Es braucht fachliche Eigenständigkeit, damit man von professioneller Pflege sprechen kann.</b>	<b>0,247</b>	<b>0,463</b>
<b>Damit die Pflege gute Arbeit leisten kann, braucht es eine Anpassung der Strukturen.</b>	<b>0,474</b>	<b>0,200</b>
<b>Je besser die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist, desto besser sind die Resultate in der Pflege.</b>	<b>0,205</b>	<b>0,400</b>
<b>Die Hierarchien innerhalb der Pflege erschweren die Teamarbeit.</b>	<b>0,344</b>	-0,074
<b>Zwischen der Pflege und den Ärzten besteht eine gewisse Rivalität.</b>	<b>0,277</b>	<b>0,030</b>
<b>Wegen der Rivalität zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen würde ich den Pflegeberuf nicht weiterempfehlen.</b>	<b>0,308</b>	-0,245
<b>Das Management erkennt die Breite der pflegerischen Aufgaben nicht.</b>	<b>0,469</b>	-0,305
<b>Die Zusammenarbeit mit dem Management erlebe ich als schwierig.</b>	<b>0,465</b>	-0,344
<b>Die Zusammenarbeit mit meinen direkten Vorgesetzten erlebe ich als schwierig.</b>	<b>0,195</b>	-0,185
<b>Pflegende, die in alten Rollen der Pflege denken, erschweren die Zusammenarbeit.</b>	<b>-0,020</b>	<b>0,337</b>
<b>Mit Humor bei der Arbeit geht vieles leichter.</b>	<b>0,314</b>	<b>0,256</b>
Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) können ihr Fachwissen im Praxisalltag einbringen.	-0,095	<b>0,636</b>
<b>Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) fehlt die Praxiserfahrung.</b>	<b>0,285</b>	-0,263

Die FaGes entlasten die diplomierten Pflegefachpersonen im Berufsalltag.	0,103	0,313
Die FaGes verfügen über ein solides Fachwissen in der Pflege.	0,113	0,166
Die FaGes haben viele Möglichkeiten, sich einen breiten Erfahrungsschatz in der Pflege anzueignen.	0,095	0,323
Meine Einstellung zu meinem Beruf hat sich verändert, seit ich angefangen habe.	0,167	0,125
Ich nehme den Pflegeberuf heute ganzheitlicher wahr als bei meinem Einstieg in den Pflegeberuf.	0,034	0,429
Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) entwickeln viele Hilfsmittel für die Pflege, die nicht praxistauglich sind.	0,187	-0,329
Ich würde den Pflegeberuf wieder als Beruf ergreifen.	-0,125	0,381
Der Stress im Pflegeberuf ist sehr hoch.	0,742	-0,055
Die Arbeitsbedingungen spielen eine wichtige Rolle, ob ich den Pflegeberuf weiterempfehlen würde.	0,347	0,115
Die Arbeit in der Pflege ist körperlich anstrengend.	0,431	0,090
Die Arbeit in der Pflege ist psychisch belastend.	0,486	0,108
Die Überzeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen.	0,488	0,036
Die unbefriedigende Qualität in der Pflege ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	0,474	-0,092
Der Stress im Berufsalltag ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	0,578	-0,052

---

Extraktionsmethode: Analyse der Hauptkomponente.

a. 2 Komponenten extrahiert.

n= 267

Tabelle B.4: Cronbachs-Alpha, wenn das Item gelöscht würde (im Rahmen der Weiterentwicklung der Skala zum Arbeitsalltag in der Pflege)

Ich erlebe in meinem Arbeitsalltag erhöhten Zeitdruck.	0,903
Mir fehlt in meinem Arbeitsalltag die Zeit für Beratungsgespräche.	0,902
Ich muss immer mehr Tätigkeiten in kürzerer Zeit erledigen.	0,901
Durch den Zeitdruck leidet die Qualität der Pflege.	0,902
Die Arbeitsbelastung in meinem Arbeitsalltag ist in den letzten 5 Jahren gewachsen.	0,902
Es gibt immer weniger Personal für mehr Patientinnen und Patienten.	0,903
Ich muss immer mehr administrative Aufgaben übernehmen.	0,904
Ich verbringe viel Zeit am Computer.	0,906
Ich möchte lieber mehr Zeit mit den Patientinnen resp. den Patienten verbringen, anstatt am Computer zu sitzen.	0,906
Vor lauter Administration sieht man die Patientin resp. den Patienten nicht mehr.	0,903
Ich fühle mich unter Druck gesetzt, weil ich verschiedenen Ansprüchen gerecht werden muss.	0,901
Ich setze mich durch meine eigenen Erwartungen unter Druck.	0,906
Fremderwartungen setzen mich unter Druck.	0,904
Die grössere Machbarkeit in der Medizin hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,907
Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,904
Die DRGs haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,905
Das Gesundheitswesen wird immer teurer, aber es wird immer schwieriger, gute Pflege zu leisten.	0,901
Es wird auf Kosten der Pflege gespart.	0,904
Damit die Pflege gute Arbeit leisten kann, braucht es eine Anpassung der Strukturen.	0,906
<b>Die Hierarchien innerhalb der Pflege erschweren die Teamarbeit.</b>	<b>0,909</b>
<b>Zwischen der Pflege und den Ärzten besteht eine gewisse Rivalität.</b>	<b>0,910</b>
Der Stress im Pflegeberuf ist sehr hoch.	0,902
<b>Die Arbeitsbedingungen spielen eine wichtige Rolle, ob ich den Pflegeberuf weiterempfehlen würde.</b>	<b>0,908</b>
Die Arbeit in der Pflege ist körperlich anstrengend.	0,906
Die Arbeit in der Pflege ist psychisch belastend.	0,906
Die Überzeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen.	0,905
Die unbefriedigende Qualität in der Pflege ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	0,905
Der Stress im Berufsalltag ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	0,903
n= 267	

Tabelle B.5: Cronbachs-Alpha, wenn das Item gelöscht würde (im Rahmen der Weiterentwicklung der Skala zu den Veränderungen im Pflegeberuf)

Die Professionalisierung des Pflegeberufs hat meine Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst.	0,829
Die Pflegefachpersonen sind selbständiger geworden.	0,828
Die Pflege hat ein grösseres Mitspracherecht in der Patientenbehandlung.	0,830
Die Pflege ist nicht mehr nur die ausführende Kraft des Arztes.	0,830
Der Pflegeberuf hat an Vielschichtigkeit gewonnen.	0,829
Die Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft sind ein wichtiger Bestandteil in meinem Arbeitsalltag.	0,826
Die Akademisierung des Pflegeberufs hat meinen Arbeitsalltag in den letzten 10 Jahren verändert.	0,832
<b>Das Gesundheitswesen wird immer teurer, aber es wird immer schwieriger, gute Pflege zu leisten.</b>	<b>0,853</b>
Die Weiterbildungen, die ich besucht habe, haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,832
Die Weiterbildungen, die ich besucht habe, haben beeinflusst, wie ich den Pflegeberuf wahrnehme.	0,832
Ich würde mich gerne auf einem Fachgebiet stärker spezialisieren.	0,839
Die verbesserte Pflegediagnostik erleichtert meinen Arbeitsalltag.	0,828
Der Ablauf des diagnostischen Prozesses erleichtert die Einschätzung, was die Patientin resp. der Patient an Pflege benötigt.	0,830
Das wachsende Fachwissen der Pflege soll mit mehr Mitspracherecht einhergehen.	0,833
Durch die wissenschaftliche Ausbildung haben die Pflegenden mehr Ansprüche an die Arbeitsstruktur.	0,830
Je besser die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist, desto besser sind die Resultate in der Pflege.	0,837
<b>Pflegende, die in alten Rollen der Pflege denken, erschweren die Zusammenarbeit.</b>	<b>0,841</b>
Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) können ihr Fachwissen im Praxisalltag einbringen.	0,832
Die FaGes entlasten die diplomierten Pflegefachpersonen im Berufsalltag.	0,840
Die FaGes haben viele Möglichkeiten, sich einen breiten Erfahrungsschatz in der Pflege anzueignen.	0,839
Ich nehme den Pflegeberuf heute ganzheitlicher wahr als bei meinem Einstieg in den Pflegeberuf.	0,838
<b>Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) entwickeln viele Hilfsmittel für die Pflege, die nicht praxistauglich sind.</b>	<b>0,860</b>
Ich würde den Pflegeberuf wieder als Beruf ergreifen.	0,840
n= 267	

Tabelle B.6: Ergebnisse der Faktorenanalyse für die Weiterentwicklung der Skala zu den zufriedenheitsauslösenden Situationen im Pflegeberuf

	Komponente	
	1	2
Ich empfinde grosse Zufriedenheit im Umgang mit Menschen.	<b>.642</b>	-.239
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Patientensituation verbessern kann.	<b>.693</b>	-.060
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich Vitalzeichen richtig eingeschätzt habe.	<b>.559</b>	.151
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Teamarbeit reibungslos funktioniert.	<b>.548</b>	.386
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich das Resultat meiner pflegerischen Handlung sehe.	<b>.661</b>	.054
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient bei mir aufgehoben fühlt.	<b>.663</b>	-.302
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient von mir verstanden fühlt.	<b>.751</b>	-.350
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient von mir ernstgenommen fühlt.	<b>.727</b>	-.384
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientinnen resp. die Patienten Vertrauen zu mir haben.	<b>.739</b>	-.370
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient mit einem Problem zu mir kommen kann.	<b>.678</b>	-.186
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine sinnhafte Tätigkeit habe.	<b>.646</b>	-.011
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Balance zwischen Beruf und Privatleben finde.	<b>.573</b>	.390
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich im Beruf Herausforderungen habe.	<b>.552</b>	.085
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn meine Arbeit menschlich ist.	<b>.632</b>	-.266
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich Herausforderungen erfolgreich meistern kann	<b>.680</b>	.028
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine abwechslungsreiche Arbeit habe.	<b>.626</b>	.059
<b>Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine bessere Bezahlung erhalte.</b>	<b>.399</b>	<b>.523</b>
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient bei mir sich selber sein kann.	<b>.647</b>	-.064
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient bei der Behandlung mitmacht.	<b>.596</b>	.173
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich die Zeit habe, auf die Patientin resp. den Patienten einzugehen.	<b>.656</b>	-.137

*B Anhang zur quantitativen Erhebung*

Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich mich von meinen Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen akzeptiert fühle.	<b>.588</b>	.374
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Zusammenarbeit mit verschiedenen Disziplinen funktioniert.	<b>.590</b>	.330
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit in der vorgegebenen Zeit erledigen kann.	<b>.547</b>	.473
<hr/>		
Extraktionsmethode: Analyse der Hauptkomponente.		
a. 2 Komponenten extrahiert.		
n= 267		

Tabelle B.7: Cronbachs-Alpha, wenn das Item gelöscht würde (im Rahmen der Weiterentwicklung der Skala zu den zufriedenheitsauslösenden Situationen im Pflegeberuf)

Ich empfinde grosse Zufriedenheit im Umgang mit Menschen.	.925
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Patientensituation verbessern kann.	.924
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich Vitalzeichen richtig eingeschätzt habe.	.927
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Teamarbeit reibungslos funktioniert.	.926
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich das Resultat meiner pflegerischen Handlung sehe.	.924
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient bei mir aufgehoben fühlt.	.925
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient von mir verstanden fühlt.	.923
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient von mir ernstgenommen fühlt.	.924
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientinnen resp. die Patienten Vertrauen zu mir haben.	.923
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient mit einem Problem zu mir kommen kann.	.924
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine sinnhafte Tätigkeit habe.	.925
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Balance zwischen Beruf und Privatleben finde.	.926
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich im Beruf Herausforderungen habe.	.926
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn meine Arbeit menschlich ist.	.925
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich Herausforderungen [...]	.924
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine abwechslungsreiche [...]	.925
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient bei mir sich selber sein kann.	.925
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient bei der Behandlung mitmacht.	.926
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich die Zeit habe, auf die Patientin resp. den Patienten einzugehen.	.925
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich mich von meinen Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen akzeptiert fühle.	.926
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Zusammenarbeit mit verschiedenen Disziplinen funktioniert.	.925
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit in der vorgegebenen Zeit erledigen kann.	.926

n= 267



Tabelle B.8: Korrelationen nach Spearman für die berufliche Identität mit der Skala zur Erfassung des Berufsethos der Pflege

	<b>Berufliche Identi- tät</b>
Berufsethos	.558**
Eine Pflegefachperson muss geduldig sein.	.192**
Eine Pflegefachperson muss der Patientin resp. dem Patienten mit Respekt begegnen.	.274**
Eine Pflegefachperson muss die Patientin resp. den Patienten mit ihren/seinen Eigenheiten annehmen.	.271**
Eine Pflegefachperson muss empathisch sein.	.231**
Eine Pflegefachperson muss die grundlegenden Umgangsformen beherrschen.	.218**
Eine Pflegefachperson braucht eine positive Grundhaltung zum Menschen.	.352**
Eine Pflegefachperson muss Nächstenliebe zeigen.	.248**
Eine Pflegefachperson muss sich selber reflektieren können.	.260**
Eine Pflegefachperson muss gut zuhören können.	.329**
Eine Pflegefachperson muss stressresistent sein.	.281**
Eine Pflegefachperson muss im Privatleben einen Ausgleich zum Beruf finden.	.206**
Eine Pflegefachperson muss die Theorie mit der Praxis verknüpfen können.	.332**
Eine Pflegefachperson muss fürsorglich sein.	.289**
Eine Pflegefachperson fördert die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten.	.304**
Eine Pflegefachperson muss ein Interesse am Wohl der Patientinnen und Patienten haben.	.351**
Eine Pflegefachperson muss individuell auf die Patientin resp. den Patienten eingehen.	.273**
Eine Pflegefachperson braucht Interesse an der Medizin.	.290**
Eine Pflegefachperson muss sich ständig fachlich weiterentwickeln.	.320**
Eine Pflegefachperson berücksichtigt die Patientenbedürfnisse.	.360**
Eine Pflegefachperson muss ihre eigenen Grenzen kennen.	.200**
Eine Pflegefachperson muss die Anforderungen der Organisation, in der sie arbeitet, berücksichtigen.	.333**
Eine Pflegefachperson muss Respekt vor den Menschen haben, mit denen sie im beruflichen Alltag zu tun hat.	.278**
Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung für die Patientin resp. den Patienten bewusst sein.	.419**
Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung gegenüber der Organisation, in der sie arbeitet, bewusst sein.	.360**
Eine Pflegefachperson respektiert den Patientenwillen.	.228**

Eine Pflegefachperson muss sich bewusst sein, dass die Patientin resp. der Patient ihr ein Stück weit ausgeliefert ist.	.235**
Eine Pflegefachperson muss fachkompetent sein.	.315**
Eine Pflegefachperson muss sozialkompetent sein	.383**
Eine Pflegefachperson muss menschlich sein.	.338**
Eine Pflegefachperson muss engagiert sein.	.341**
Eine Pflegefachperson muss Patientensituationen einschätzen können.	.400**
Eine Pflegefachperson möchte etwas im Pflegeberuf bewegen.	.453**
Eine Pflegefachperson verfügt über ein gutes medizinisches Fachwissen.	.323**
Eine Pflegefachperson braucht psychologisches Wissen.	.423**
Eine Pflegefachperson braucht gute Kommunikationsfertigkeiten.	.418**
Eine Pflegefachperson hat eine Verantwortung den Patienten und Patientinnen gegenüber.	.517**
Der Pflegeberuf ist abwechslungsreich.	.522**
Eine Pflegefachperson muss sich stetig weiterentwickeln.	.418**

---

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.9: Korrelationsmatrix berufliche Identität und Formen der Arbeitszufriedenheit

	Konstruktive Arbeitsunzufrie- denheit	Progressive Ar- beitszufriedenheit	Fixierte Arbeits- unzufriedenheit	Stabilisierte Ar- beitszufriedenheit	Resignative Ar- beitszufriedenheit
Berufliche Identi- tät	-.151*	.419**	-.135*	.159**	-.015
n=267, *=p< .05, **=p<.01.					

Tabelle B.10: Korrelationsmatrix berufliche Identität und Kündigungsabsicht

	Denken an Kündigung	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, eine annehm- bare Alternative zu Ih- rer jetzigen Stelle zu fin- den?	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr eine neue Stelle suchen?	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr Ihre Stelle kündigen?
Berufliche Identi- tät	-.292**	-.061	-.176**	-.195**
n=267, *=p< .05, **=p<.01.				

Tabelle B.11: Korrelationsmatrix progressive und stabilisierte Arbeitszufriedenheit mit der Skala Berufsethos der Pflege

	Progressive Arbeitszufrie- denheit	Stabilisierte Arbeitszufrie- denheit
<b>Berufsethos</b>	<b>.187**</b>	0,006
Eine Pflegefachperson muss geduldig sein.	0,063	-0,032
<b>Eine Pflegefachperson muss der Patientin resp. dem Patienten mit Respekt begegnen.</b>	<b>.169**</b>	-0,058
<b>Eine Pflegefachperson muss die Patientin resp. den Patienten mit ihren/seinen Eigenheiten annehmen.</b>	<b>.142*</b>	0,093
Eine Pflegefachperson muss empathisch sein.	0,030	-0,033
Eine Pflegefachperson muss die grundlegenden Umgangsformen beherrschen.	0,070	0,060
<b>Eine Pflegefachperson braucht eine positive Grundhaltung zum Menschen.</b>	<b>.159**</b>	0,057
Eine Pflegefachperson muss Nächstenliebe zeigen.	0,037	0,112
Eine Pflegefachperson muss sich selber reflektieren können.	0,114	-0,037
<b>Eine Pflegefachperson muss gut zuhören können.</b>	<b>.193**</b>	0,037
Eine Pflegefachperson muss stressresistent sein.	0,050	0,030
Eine Pflegefachperson muss im Privatleben einen Ausgleich zum Beruf finden.	0,053	-0,016
Eine Pflegefachperson muss die Theorie mit der Praxis verknüpfen können.	0,088	-0,003
Eine Pflegefachperson muss fürsorglich sein.	0,060	0,036
Eine Pflegefachperson fördert die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten.	0,004	-0,079
Eine Pflegefachperson muss ein Interesse am Wohl der Patientinnen und Patienten haben.	0,061	-0,046
Eine Pflegefachperson muss individuell auf die Patientin resp. den Patienten eingehen.	0,101	-0,108
Eine Pflegefachperson braucht Interesse an der Medizin.	0,114	0,048
Eine Pflegefachperson muss sich ständig fachlich weiterentwickeln.	0,102	-0,015
<b>Eine Pflegefachperson berücksichtigt die Patientenbedürfnisse.</b>	<b>.170**</b>	0,076

*B Anhang zur quantitativen Erhebung*

Eine Pflegefachperson muss ihre eigenen Grenzen kennen.	0,109	-0,007
Eine Pflegefachperson muss die Anforderungen der Organisation, in der sie arbeitet, berücksichtigen.	0,105	0,062
<b>Eine Pflegefachperson muss Respekt vor den Menschen haben, mit denen sie im beruflichen Alltag zu tun hat.</b>	<b>.136*</b>	0,008
<b>Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung für die Patientin resp. den Patienten bewusst sein.</b>	<b>.207**</b>	0,028
<b>Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung gegenüber der Organisation, in der sie arbeitet, bewusst sein.</b>	<b>.180**</b>	0,073
Eine Pflegefachperson respektiert den Patientenwillen.	0,105	0,010
Eine Pflegefachperson muss sich bewusst sein, dass die Patientin resp. der Patient ihr ein stückweit ausgeliefert ist.	0,081	0,011
Eine Pflegefachperson muss fachkompetent sein.	0,044	-0,078
<b>Eine Pflegefachperson muss sozialkompetent sein</b>	<b>.163**</b>	-0,038
Eine Pflegefachperson muss menschlich sein.	0,073	-0,015
Eine Pflegefachperson muss engagiert sein.	0,091	-0,092
Eine Pflegefachperson muss Patientensituationen einschätzen können.	0,120	-0,035
<b>Eine Pflegefachperson möchte etwas im Pflegeberuf bewegen.</b>	<b>.244**</b>	0,098
<b>Eine Pflegefachperson verfügt über ein gutes medizinisches Fachwissen.</b>	<b>.209**</b>	0,067
Eine Pflegefachperson braucht psychologisches Wissen.	0,111	0,022
<b>Eine Pflegefachperson braucht gute Kommunikationsfertigkeiten.</b>	<b>.168**</b>	-0,042
<b>Eine Pflegefachperson hat eine Verantwortung den Patienten und Patientinnen gegenüber.</b>	<b>.224**</b>	0,070
<b>Der Pflegeberuf ist abwechslungsreich.</b>	<b>.275**</b>	0,049
Eine Pflegefachperson muss sich stetig weiterentwickeln.	0,109	-0,058

---

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.12: Korrelationsmatrix Berufsethos und Kündigungsabsicht

	Denken an Kündi- gung	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, eine an- nehmbare Alternati- ve zu Ihrer jetzigen Stelle zu finden?	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr eine neue Stelle suchen?	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr Ihre Stelle kün- digen?
Berufsethos	-0,066	-0,020	-0,048	-0,097
<b>Eine Pflegefachperson muss geduldig sein.</b>	0,006	0,110	0,072	<b>.126*</b>
Eine Pflegefachperson muss der Patientin resp. dem Pati- enten mit Respekt begegnen.	-0,016	0,050	-0,084	-0,037
Eine Pflegefachperson muss die Patientin resp. den Pati- enten mit ihren/seinen Eigen- heiten annehmen.	-0,054	-0,072	-0,061	-0,063
Eine Pflegefachperson muss empathisch sein.	0,054	-0,011	0,025	0,042
Eine Pflegefachperson muss die grundlegenden Umgangs- formen beherrschen.	0,002	-0,020	0,007	-0,034
Eine Pflegefachperson braucht eine positive Grund- haltung zum Menschen.	-0,029	0,032	-0,038	-0,081
Eine Pflegefachperson muss Nächstenliebe zeigen.	-0,060	-0,079	-0,082	-0,048
Eine Pflegefachperson muss sich selber reflektieren kön- nen.	-0,001	0,023	0,036	-0,028

Eine Pflegefachperson muss gut zuhören können.	-0,048	0,086	0,043	0,015
Eine Pflegefachperson muss stressresistent sein.	0,003	0,042	0,031	0,009
Eine Pflegefachperson muss im Privatleben einen Ausgleich zum Beruf finden.	0,008	-0,013	-0,040	-0,107
Eine Pflegefachperson muss die Theorie mit der Praxis verknüpfen können.	-0,010	0,039	0,015	-0,015
Eine Pflegefachperson muss fürsorglich sein.	0,001	0,039	0,013	0,009
Eine Pflegefachperson fördert die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten.	-0,010	-0,035	0,025	-0,049
Eine Pflegefachperson muss ein Interesse am Wohl der Patientinnen und Patienten haben.	0,032	0,088	0,039	0,022
Eine Pflegefachperson muss individuell auf die Patientin resp. den Patienten eingehen.	0,032	0,014	0,011	-0,052
Eine Pflegefachperson braucht Interesse an der Medizin.	0,057	-0,018	-0,003	-0,079
Eine Pflegefachperson muss sich ständig fachlich weiterentwickeln.	-0,047	-0,008	0,005	-0,035
Eine Pflegefachperson berücksichtigt die Patientenbedürfnisse.	-0,073	0,063	0,003	-0,019

Eine Pflegefachperson muss ihre eigenen Grenzen kennen.	-0,081	-0,059	-0,059	-0,103
Eine Pflegefachperson muss die Anforderungen der Organisation, in der sie arbeitet, berücksichtigen.	-0,043	-0,042	-0,039	-0,105
Eine Pflegefachperson muss Respekt vor den Menschen haben, mit denen sie im beruflichen Alltag zu tun hat.	-0,108	-0,027	-0,062	-0,104
<b>Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung für die Patientin resp. den Patienten bewusst sein.</b>	<b>-.166**</b>	-0,063	<b>-.196**</b>	<b>-.243**</b>
Eine Pflegefachperson muss sich ihrer Verantwortung gegenüber der Organisation, in der sie arbeitet, bewusst sein.	-0,102	-0,063	0,022	0,002
Eine Pflegefachperson respektiert den Patientenwillen.	0,011	0,044	-0,014	-0,058
Eine Pflegefachperson muss sich bewusst sein, dass die Patientin resp. der Patient ihr ein stückweit ausgeliefert ist.	0,048	0,051	0,016	-0,050
Eine Pflegefachperson muss fachkompetent sein.	0,019	0,021	-0,057	-0,109
Eine Pflegefachperson muss sozialkompetent sein	-0,049	-0,046	-0,116	-.139*
Eine Pflegefachperson muss menschlich sein.	-0,044	-0,037	-0,085	-0,117



Eine Pflegefachperson muss engagiert sein.	-0,046	-0,092	-0,040	-0,081
Eine Pflegefachperson muss Patientensituationen einschützen können.	-0,047	0,034	-0,099	-0,110
<b>Eine Pflegefachperson möchte etwas im Pflegeberuf bewegen.</b>	-0,086	<b>-.153*</b>	-0,045	-0,071
Eine Pflegefachperson verfügt über ein gutes medizinisches Fachwissen.	-0,083	0,005	-0,012	0,040
Eine Pflegefachperson braucht psychologisches Wissen.	-0,090	0,026	0,063	0,026
Eine Pflegefachperson braucht gute Kommunikationsfertigkeiten.	-0,028	0,098	0,006	-0,027
<b>Eine Pflegefachperson hat eine Verantwortung den Patienten und Patientinnen gegenüber.</b>	<b>-.156*</b>	-0,069	<b>-.171**</b>	<b>-.175**</b>
<b>Der Pflegeberuf ist abwechslungsreich.</b>	<b>-.136*</b>	0,049	-0,085	-0,110
Eine Pflegefachperson muss sich stetig weiterentwickeln.	-0,029	-0,005	-0,042	-0,072

---

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.13: Korrelationsmatrix Phasen der Kündigungsabsicht und Formen der Arbeitszufriedenheit

	Denken an Kündigung	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, eine Alternative zu Ihrer jetzigen Stelle zu finden?	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr eine neue Stelle suchen?	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr Ihre Stelle kündigen?
Konstruktive Arbeits- unzufriedenheit	.408**	.146*	.340**	.318**
Progressive Arbeitszu- friedenheit	-.551**	-.180**	-.397**	-.374**
Fixierte Arbeitsunzu- friedenheit	.397**	.078	.349**	.319**
Stabilisierte Arbeitsun- zufriedenheit	-.471**	-.159**	-.369**	-.322**
Resignative Arbeitszu- friedenheit	.170**	-.034	.179**	.166**

n=267, \*=p&lt;.05, \*\*=p&lt;.01.

Tabelle B.14: Korrelationsmatrix Skala zum Arbeitsalltag in der Pflege und berufliche Identität

	Berufliche Identi- tät
<b>Ich erlebe in meinem Arbeitsalltag erhöhten Zeitdruck.</b>	<b>.123*</b>
Mir fehlt in meinem Arbeitsalltag die Zeit für Beratungsgespräche.	0,056
Ich muss immer mehr Tätigkeiten in kürzerer Zeit erledigen.	0,015
Durch den Zeitdruck leidet die Qualität der Pflege.	-0,001
Die Arbeitsbelastung in meinem Arbeitsalltag ist in den letzten 5 Jahren gewachsen.	0,116
Es gibt immer weniger Personal für mehr Patientinnen und Patienten.	0,007
Ich muss immer mehr administrative Aufgaben übernehmen.	0,011
Ich verbringe viel Zeit am Computer.	0,069
Ich möchte lieber mehr Zeit mit den Patientinnen resp. den Patienten verbringen, anstatt am Computer zu sitzen.	0,100
Vor lauter Administration sieht man die Patientin resp. den Patienten nicht mehr.	-0,041
Ich fühle mich unter Druck gesetzt, weil ich verschiedenen Ansprüchen gerecht werden muss.	-0,023
Ich setze mich durch meine eigenen Erwartungen unter Druck.	0,094
Fremderwartungen setzen mich unter Druck.	-0,011
<b>Die grössere Machbarkeit in der Medizin hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.</b>	<b>.170**</b>
<b>Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.</b>	<b>.167**</b>
Die DRGs haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,111
<b>Das Gesundheitswesen wird immer teurer, aber es wird immer schwieriger, gute Pflege zu leisten.</b>	<b>.121*</b>
Es wird auf Kosten der Pflege gespart.	0,063
<b>Damit die Pflege gute Arbeit leisten kann, braucht es eine Anpassung der Strukturen.</b>	<b>.227**</b>
Der Stress im Pflegeberuf ist sehr hoch.	0,066
Die Arbeit in der Pflege ist körperlich anstrengend.	0,109
<b>Die Arbeit in der Pflege ist psychisch belastend.</b>	<b>.162**</b>
Die Überzeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen.	0,081
Die unbefriedigende Qualität in der Pflege ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	-0,028
Der Stress im Berufsalltag ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	-0,039
n=267, *=p<.05, **=p<.01.	

Tabelle B.15: Korrelationsmatrix Skala zu den Veränderungen im Pflegeberuf und berufliche Identität

	Berufliche Identität
Die Professionalisierung des Pflegeberufs hat meine Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst.	.333**
Die Pflegefachpersonen sind selbständiger geworden.	.303**
Die Pflege hat ein grösseres Mitspracherecht in der Patientenbehandlung.	.315**
Die Pflege ist nicht mehr nur die ausführende Kraft des Arztes.	.277**
Der Pflegeberuf hat an Vielschichtigkeit gewonnen.	.343**
Die Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft sind ein wichtiger Bestandteil in meinem Arbeitsalltag.	.385**
Die Akademisierung des Pflegeberufs hat meinen Arbeitsalltag in den letzten 10 Jahren verändert.	.319**
Die Weiterbildungen, die ich besucht habe, haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	.345**
Die Weiterbildungen, die ich besucht habe, haben beeinflusst, wie ich den Pflegeberuf wahrnehme.	.405**
Ich würde mich gerne auf einem Fachgebiet stärker spezialisieren.	.230**
Die verbesserte Pflegediagnostik erleichtert meinen Arbeitsalltag.	.323**
Der Ablauf des diagnostischen Prozesses erleichtert die Einschätzung, was die Patientin resp. der Patient an Pflege benötigt.	.280**
Das wachsende Fachwissen der Pflege soll mit mehr Mitspracherecht einhergehen.	.290**
Durch die wissenschaftliche Ausbildung haben die Pflegenden mehr Ansprüche an die Arbeitsstruktur.	.339**
Je besser die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist, desto besser sind die Resultate in der Pflege.	.228**
Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) können ihr Fachwissen im Praxisalltag einbringen.	.239**
Die FaGes entlasten die diplomierten Pflegefachpersonen im Berufsalltag.	.227**
Die FaGes haben viele Möglichkeiten, sich einen breiten Erfahrungsschatz in der Pflege anzueignen.	.211**
Ich nehme den Pflegeberuf heute ganzheitlicher wahr als bei meinem Einstieg in den Pflegeberuf.	.270**
Ich würde den Pflegeberuf wieder als Beruf ergreifen.	.440**
n=267, * = p < .05, ** = p < .01.	

Tabelle B.16: ANOVA nach Kruskal-Wallis für die Altersgruppen hinsichtlich der beruflichen Identität

Nullhypothese	Test	Signifikanz	Entscheidung
Verteilung von Professional Identity ist über die Kategorien von Alter identisch beibehalten	Kruskal-Wallis-Test bei unabhängigen Stichproben	.471	Nullhypothese
Asymptotische Signifikanz werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist .05			

Tabelle B.17: Mann-Whitney-U-Test für den Unterschied von Geschlecht in Bezug auf die berufliche Identität

Nullhypothese	Test	Signifikanz	Entscheidung
Verteilung von Professional Identity ist über die Kategorien von Geschlecht identisch	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	.816	Nullhypothese beibehalten
Asymptotische Signifikanz werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist .05			

Tabelle B.18: Korrelationsmatrix berufliche Identität und zufriedenheitsauslösende Situationen

	Berufliche Identi- tät
Ich empfinde grosse Zufriedenheit im Umgang mit Menschen.	.402**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Patientensituation [...]	.275**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich Vitalzeichen richtig eingeschätzt habe.	.167**
<i>Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Teamarbeit reibungslos [...]</i>	<i>0,106</i>
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich das Resultat meiner pflegerischen Handlung sehe.	.353**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient bei mir aufgehoben fühlt.	.244**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient von mir verstanden fühlt.	.350**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient von mir ernstgenommen fühlt.	.348**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientinnen resp. die Patienten Vertrauen zu mir haben.	.284**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient mit einem Problem zu mir kommen kann.	.338**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine sinnhafte Tätigkeit habe.	.335**
<i>Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Balance zwischen Beruf und Privatleben finde.</i>	<i>0,110</i>
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich im Beruf [...]	.324**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn meine Arbeit menschlich ist.	.360**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich Herausforderungen [...]	.308**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine abwechslungsreiche [...]	.349**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient bei mir sich selber sein kann.	.204**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient bei der Behandlung mitmacht.	.210**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich die Zeit habe, auf die Patientin resp. den Patienten einzugehen.	.285**
<i>Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich mich von meinen Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen akzeptiert fühle.</i>	<i>0,119</i>
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Zusammenarbeit mit verschiedenen Disziplinen funktioniert.	.337**
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit in der vorgegebenen Zeit erledigen kann.	.197**

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.19: Korrelationsmatrix Skala Aussagen zum Berufsalltag und Formen der Arbeitszufriedenheit

	Konstruktive AUZ	Progressive AZ	Fixierte AUZ	Stabilisierte AZ	Resignative AZ
Ich erlebe in meinem Arbeitsalltag erhöhten Zeitdruck.	<b>.191**</b>	<b>-.204**</b>	<b>.239**</b>	<b>-.139*</b>	<b>.147*</b>
Mir fehlt in meinem Arbeitsalltag die Zeit für Beratungsgespräche.	<b>.326**</b>	<b>-.222**</b>	<b>.333**</b>	<b>-.198**</b>	<b>.292**</b>
Ich muss immer mehr Tätigkeiten in kürzerer Zeit erledigen.	<b>.280**</b>	<b>-.257**</b>	<b>.274**</b>	<b>-.142*</b>	<b>.243**</b>
Durch den Zeitdruck leidet die Qualität der Pflege.	<b>.250**</b>	<b>-.271**</b>	<b>.236**</b>	<b>-.219**</b>	<b>.205**</b>
Die Arbeitsbelastung in meinem Arbeitsalltag ist in den letzten 5 Jahren gewachsen.	<b>.188**</b>	<b>-.165**</b>	<b>.137*</b>	<b>-.186**</b>	<b>.196**</b>
Es gibt immer weniger Personal für mehr Patientinnen und Patienten.	<b>.254**</b>	<b>-.197**</b>	<b>.169**</b>	<b>-.148*</b>	<b>.217**</b>
Ich muss immer mehr administrative Aufgaben übernehmen.	0,052	<b>-.125*</b>	0,082	-0,018	0,119
Ich verbringe viel Zeit am Computer.	0,048	-0,049	0,074	0,025	0,108
Ich möchte lieber mehr Zeit mit den Patientinnen resp. den Patienten verbringen, anstatt am Computer zu sitzen.	0,099	-0,083	0,070	-0,010	<b>.136*</b>

Vor lauter Administration sieht man die Patientin resp. den Patienten nicht mehr.	<b>.214**</b>	<b>-.238**</b>	<b>.244**</b>	-0,065	<b>.230**</b>
Ich fühle mich unter Druck gesetzt, weil ich verschiedenen Ansprüchen gerecht werden muss.	<b>.228**</b>	<b>-.269**</b>	<b>.303**</b>	<b>-.187**</b>	<b>.236**</b>
Ich setze mich durch meine eigenen Erwartungen unter Druck.	0,111	-0,036	0,099	-0,027	<b>.152*</b>
Die grössere Machbarkeit in der Medizin hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,023	-0,047	0,052	-0,030	-0,055
Fremderwartungen setzen mich unter Druck.	<b>.205**</b>	<b>-.148*</b>	<b>.188**</b>	-0,049	<b>.252**</b>
Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,059	-0,046	<b>.138*</b>	-0,058	0,034
Die DRGs haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	.149*	-0,052	<b>.183**</b>	-0,084	0,075
Das Gesundheitswesen wird immer teurer, aber es wird immer schwieriger, gute Pflege zu leisten.	<b>.247**</b>	<b>-.219**</b>	<b>.282**</b>	<b>-.194**</b>	<b>.286**</b>
Es wird auf Kosten der Pflege gespart.	<b>.197**</b>	<b>-.170**</b>	<b>.245**</b>	<b>-.164**</b>	<b>.211**</b>
Damit die Pflege gute Arbeit leisten kann, braucht es eine Anpassung der Strukturen.	0,116	-0,032	0,108	<b>-.264**</b>	-0,017
Der Stress im Pflegeberuf ist sehr hoch.	<b>.278**</b>	<b>-.284**</b>	<b>.270**</b>	<b>-.161**</b>	<b>.221**</b>



Die Arbeit in der Pflege ist körperlich anstrengend.	0,090	-0,028	<b>.130*</b>	-0,055	0,061
Die Arbeit in der Pflege ist psychisch belastend.	<b>.194**</b>	-0,079	<b>.175**</b>	-0,048	0,014
Die Überzeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen.	<b>.186**</b>	<b>-.205**</b>	<b>.121*</b>	-0,105	<b>.151*</b>
Die unbefriedigende Qualität in der Pflege ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	<b>.132*</b>	<b>-.198**</b>	0,095	<b>-.235**</b>	0,100
Der Stress im Berufsalltag ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	<b>.222**</b>	<b>-.247**</b>	<b>.148*</b>	<b>-.169**</b>	0,063

---

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.20: Korrelationsmatrix Skala Veränderungen im Pflegeberuf und Formen der Arbeitszufriedenheit

	<b>Konstruktive AUZ</b>	<b>Progressive AZ</b>	<b>Fixierte AUZ</b>	<b>Stabilisierte AZ</b>	<b>Resignative AZ</b>
Die Professionalisierung des Pflegeberufs hat meine Arbeitszufriedenheit positiv beeinflusst.	<b>-.140*</b>	<b>.292**</b>	<b>-.174**</b>	0,062	<b>-.143*</b>
Die Pflegefachpersonen sind selbständiger geworden.	<b>-.149*</b>	<b>.296**</b>	<b>-.147*</b>	<b>.164**</b>	-0,031
Die Pflege hat ein grösseres Mitspracherecht in der Patientenbehandlung.	<b>-.167**</b>	<b>.373**</b>	<b>-.164**</b>	<b>.176**</b>	-0,080
Die Pflege ist nicht mehr nur die ausführende Kraft des Arztes.	<b>-.125*</b>	<b>.252**</b>	<b>-.152*</b>	0,066	-0,104
Der Pflegeberuf hat an Vielschichtigkeit gewonnen.	<b>-.195**</b>	<b>.315**</b>	-0,119	0,099	-0,086
Die Erkenntnisse aus der Pflegewissenschaft sind ein wichtiger Bestandteil in meinem Arbeitsalltag.	<b>-.162**</b>	<b>.307**</b>	<b>-.133*</b>	0,069	<b>-.140*</b>
Die Akademisierung des Pflegeberufs hat meinen Arbeitsalltag in den letzten 10 Jahren verändert.	<b>-.139*</b>	<b>.201**</b>	-0,089	0,007	<b>-.124*</b>
Die Weiterbildungen, die ich besucht habe, haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	-0,037	<b>.241**</b>	-0,047	-0,036	<b>-.155*</b>

Die Weiterbildungen, die ich besucht habe, haben beeinflusst, wie ich den Pflegeberuf wahrnehme.	-0,023	<b>.203**</b>	-0,035	-0,103	-0,115
Ich würde mich gerne auf einem Fachgebiet stärker spezialisieren.	-0,018	<b>.121*</b>	-0,068	-0,084	-0,053
Die verbesserte Pflegediagnostik erleichtert meinen Arbeitssalltag.	<b>-.189**</b>	<b>.291**</b>	<b>-.166**</b>	<b>.174**</b>	-0,023
Der Ablauf des diagnostischen Prozesses erleichtert die Einschätzung, was die Patientin resp. der Patient an Pflege benötigt.	<b>-.188**</b>	<b>.261**</b>	<b>-.152*</b>	<b>.176**</b>	-0,027
Das wachsende Fachwissen der Pflege soll mit mehr Mitspracherecht einhergehen.	0,039	0,078	0,005	-0,101	-0,058
Durch die wissenschaftliche Ausbildung haben die Pflegenden mehr Ansprüche an die Arbeitsstruktur.	-0,065	<b>.196**</b>	-0,098	0,006	-0,086
Je besser die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist, desto besser sind die Resultate in der Pflege.	0,040	0,108	-0,013	-0,022	<b>-.131*</b>

Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) können ihr Fachwissen im Praxisalltag einbringen.	<b>-.185**</b>	<b>.317**</b>	<b>-.175**</b>	0,081	<b>-.164**</b>
Die FaGes entlasten die diplomierten Pflegefachpersonen im Berufsalltag.	-0,038	<b>.196**</b>	-0,039	0,119	-0,018
Die FaGes haben viele Möglichkeiten, sich einen breiten Erfahrungsschatz in der Pflege anzueignen.	0,009	<b>.190**</b>	-0,048	0,071	0,037
Ich nehme den Pflegeberuf heute ganzheitlicher wahr als bei meinem Einstieg in den Pflegeberuf.	-0,077	<b>.221**</b>	-0,115	0,020	-0,022
Ich würde den Pflegeberuf wieder als Beruf ergreifen.	<b>-.340**</b>	<b>.441**</b>	<b>-.273**</b>	<b>.193**</b>	<b>-.156*</b>

---

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.21: Korrelationsmatrix zufriedenheitsauslösende Situationen und Formen der Arbeitszufriedenheit

	Konstruktive AUZ	Progressive AZ	Fixierte AUZ	Stabilisierte AZ	Resignative AZ
Ich empfinde grosse Zufriedenheit im Umgang mit Menschen.	-.128*	.210**	-.106	.074	-.105
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Patientensituation verbessern kann.	-.023	.119	-.129*	.047	-.015
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich Vitalzeichen richtig eingeschätzt habe.	-.021	.061	-.013	.084	.035
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Teamarbeit reibungslos funktioniert.	-.098	.108	-.063	.065	-.041
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich das Resultat meiner pflegerischen Handlung sehe.	-.007	.167**	-.093	.109	-.006
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient bei mir aufgehoben fühlt.	.074	.080	.002	.067	.072
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient von mir verstanden fühlt.	-.003	.156*	-.120*	.061	-.017

Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn sich die Patientin resp. der Patient von mir ernstgenommen fühlt.	-.012	<b>.173**</b>	<b>-.125*</b>	.102	-.009
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientinnen resp. die Patienten Vertrauen zu mir haben.	.013	.094	-.055	.041	.005
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient mit einem Problem zu mir kommen kann.	.010	<b>.159**</b>	.003	.050	.065
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine sinnhafte Tätigkeit habe.	.009	<b>.127*</b>	-.005	.057	-.015
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine Balance zwischen Beruf und Privatleben finde.	-.003	.055	-.104	.090	.020
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich im Beruf Herausforderungen habe.	<b>-.141*</b>	<b>.189**</b>	-.041	.075	-.038
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn meine Arbeit menschlich ist.	-.003	<b>.181**</b>	-.066	<b>.149*</b>	.023
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich Herausforderungen erfolgreich [...]	-.022	.119	-.050	-.035	.016

Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich eine abwechslungsreiche Arbeit habe.	.022	.056	.006	-.041	.044
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient bei mir sich selber sein kann.	.007	.102	-.029	.059	-.009
<b>Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Patientin resp. der Patient bei der Behandlung [...]</b>	.015	<b>.123*</b>	-.041	.074	.035
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich die Zeit habe, auf die Patientin resp. den Patienten einzugehen.	.033	.069	-.020	.048	.038
<b>Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich mich von meinen Arbeitskollegen und Arbeitskolleginnen akzeptiert fühle.</b>	<b>.140*</b>	-.010	.011	.053	<b>.122*</b>
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn die Zusammenarbeit mit verschiedenen Disziplinen funktioniert.	.004	<b>.180**</b>	-.050	.034	.051
Ich empfinde grosse Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit in der vorgegebenen Zeit [...]	.110	.075	.028	.064	<b>.161**</b>

---

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.22: Korrelationsmatrix Formen der Arbeitszufriedenheit und Ausbildungsgrad

	<b>Ausbildungsgrad</b>
Konstruktive Arbeitsunzufriedenheit	-.018
<b>Progressive Arbeitszufriedenheit</b>	<b>-.186**</b>
Fixierte Arbeitsunzufriedenheit	.076
<b>Stabilisierte Arbeitszufriedenheit</b>	<b>-.149*</b>
Resignative Arbeitszufriedenheit	-.048

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.23: Mann-Whitney-U-Test für das Geschlecht und die Formen der Arbeitszufriedenheit

<b>Nullhypothese</b>	<b>Test</b>	<b>Signifikanz</b>	<b>Entscheidung</b>
Verteilung von Konstruktiver Arbeitsunzufriedenheit ist über die Kategorien von Geschlecht identisch	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	.840	Nullhypothese beibehalten
Verteilung von Progressiver Arbeitszufriedenheit ist über die Kategorien von Geschlecht identisch	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	.769	Nullhypothese beibehalten
Verteilung von Fixierter Arbeitsunzufriedenheit ist über die Kategorien von Geschlecht identisch	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	.760	Nullhypothese beibehalten
Verteilung von Stabilisierter Arbeitszufriedenheit ist über die Kategorien von Geschlecht identisch	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	.908	Nullhypothese beibehalten
Verteilung von Resignativer Arbeitszufriedenheit ist über die Kategorien von Geschlecht identisch	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	.460	Nullhypothese beibehalten

Asymptotische Signifikanzen werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist .05



Tabelle B.24: Korrelationsmatrix Aussagen zum Berufsalltag in der Pflege und Kündigungsabsicht

	Denken an Kündigung	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, eine annehmbare Alternative zu Ihrer jetzigen Stelle zu finden?	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr eine neue Stelle suchen?	Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr Ihre Stelle kündigen?
Ich erlebe in meinem Berufsalltag erhöhten Zeitdruck.	<b>.184**</b>	-0,008	0,076	0,071
Mir fehlt in meinem Berufsalltag die Zeit für Beratungsgespräche.	<b>.208**</b>	0,085	<b>.131*</b>	<b>.141*</b>
Ich muss immer mehr Tätigkeiten in kürzerer Zeit erledigen.	<b>.219**</b>	0,050	<b>.157*</b>	<b>.196**</b>
Durch den Zeitdruck leidet die Qualität der Pflege.	<b>.221**</b>	0,001	<b>.139*</b>	<b>.166**</b>
Die Arbeitsbelastung in meinem Berufsalltag ist in den letzten 5 Jahren gewachsen.	<b>.173**</b>	-0,045	<b>.126*</b>	0,085
Es gibt immer weniger Personal für mehr Patientinnen und Patienten.	<b>.134*</b>	-0,030	0,110	<b>.147*</b>
Ich muss immer mehr administrative Aufgaben übernehmen.	<b>.135*</b>	-0,073	0,059	0,105
Ich verbringe viel Zeit am Computer.	0,074	-0,089	-0,045	-0,032
Ich möchte lieber mehr Zeit mit den Patientinnen resp. den Patienten verbringen, anstatt am Computer zu sitzen.	<b>.146*</b>	0,001	0,078	0,112

Vor lauter Administration sieht man die Patientin resp. den Patienten nicht mehr.	<b>.193**</b>	-0,069	<b>.127*</b>	<b>.165**</b>
Ich fühle mich unter Druck gesetzt, weil ich verschiedenen Ansprüchen gerecht werden muss.	<b>.242**</b>	-0,070	0,102	0,111
Ich setze mich durch meine eigenen Erwartungen unter Druck.	0,114	-0,106	0,080	0,109
Fremderwartungen setzen mich unter Druck.	<b>.167**</b>	-0,044	0,067	0,070
Die grössere Machbarkeit in der Medizin hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,039	-0,083	-0,009	-0,001
Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens hat meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,076	-0,066	0,005	-0,015
Die DRGs haben meinen Arbeitsalltag beeinflusst.	0,064	-0,083	0,030	-0,003
Das Gesundheitswesen wird immer teurer, aber es wird immer schwieriger, gute Pflege zu leisten.	<b>.177**</b>	0,000	<b>.223**</b>	<b>.242**</b>
Es wird auf Kosten der Pflege gespart.	0,117	0,081	0,117	0,120
Damit die Pflege gute Arbeit leisten kann, braucht es eine Anpassung der Strukturen.	<b>.149*</b>	0,024	0,056	0,004
Der Stress im Pflegeberuf ist sehr hoch.	<b>.229**</b>	0,095	<b>.132*</b>	<b>.128*</b>
Die Arbeit in der Pflege ist körperlich anstrengend.	<b>.138*</b>	0,049	0,119	0,099

Die Arbeit in der Pflege ist psychisch belastend.	<b>.197**</b>	0,080	<b>.131*</b>	<b>.122*</b>
Die Überzeit ist ein Grund, warum Pflegefachpersonen kündigen.	0,071	0,082	<b>.129*</b>	<b>.147*</b>
Die unbefriedigende Qualität in der Pflege ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	<b>.140*</b>	0,046	<b>.136*</b>	0,114
Der Stress im Berufsalltag ist für Pflegefachpersonen ein Kündigungsgrund.	<b>.205**</b>	0,021	0,100	0,063

---

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.25: Korrelationsmatrix Veränderungen des Berufsalltags in der Pflege und Kündigungsabsicht

	Denken an Kün- digung	Wie wahrschein- lich ist es für Sie, eine annehmbare Alternative zu Ih- rer jetzigen Stelle zu finden?	Wie wahrschein- lich ist es für Sie, dass Sie im nächs- ten halben Jahr eine neue Stelle suchen?	Wie wahrschein- lich ist es für Sie, dass Sie im nächs- ten halben Jahr Ihre Stelle kündi- gen?
Die Professionalisierung des Pflege- berufs hat meine Arbeitszufrieden- heit positiv beeinflusst.	<b>-.132*</b>	0,013	-0,061	-0,042
Die Pflegefachpersonen sind selb- ständiger geworden.	<b>-.184**</b>	-0,076	-0,103	-0,096
Die Pflege hat ein grösseres Mitspra- cherecht [...].	<b>-.213**</b>	-0,023	<b>-.141*</b>	-0,104
Die Pflege ist nicht mehr nur die ausführende Kraft des Arztes.	<b>-.179**</b>	-0,057	-0,114	-0,088
Der Pflegeberuf hat an Vielschich- tigkeit gewonnen.	<b>-.255**</b>	-0,098	<b>-.167**</b>	<b>-.157*</b>
Die Erkenntnisse aus der Pflege- wissenschaft sind ein wichtiger Be- standteil in meinem Arbeitsalltag.	-.137*	-0,024	-0,054	-0,098
Die Akademisierung des Pflegebe- rufs hat meinen Arbeitsalltag in den letzten 10 Jahren verändert.	-0,080	0,014	-0,020	-0,078
Die Weiterbildungen, die ich be- sucht habe, haben meinen Arbeit- salltag beeinflusst.	-0,030	0,100	-0,050	-0,013
Die Weiterbildungen, die ich be- sucht habe, haben beeinflusst, wie ich den Pflegeberuf wahrnehme.	-0,023	0,104	0,018	-0,015

Ich würde mich gerne auf einem Fachgebiet stärker spezialisieren.	-0,047	<b>.124*</b>	0,064	0,039
Die verbesserte Pflegediagnostik erleichtert meinen Arbeitsalltag.	-0,100	-0,041	-0,072	-0,063
Der Ablauf des diagnostischen Prozesses erleichtert die [...]	<b>-.134*</b>	0,000	-0,061	-0,109
Das wachsende Fachwissen der Pflege soll mit mehr Mitspracherecht einhergehen.	0,029	0,053	0,051	-0,047
Durch die wissenschaftliche Ausbildung haben die Pflegenden mehr Ansprüche an die Arbeitsstruktur.	-0,021	0,011	-0,041	-0,075
Je besser die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ist, desto besser sind die Resultate in der Pflege.	0,031	0,050	0,005	-0,021
Pflegefachpersonen mit einem Hochschulstudium in Pflege (Bachelor / Master) können ihr Fachwissen im Praxisalltag einbringen.	<b>-.159**</b>	-0,069	-0,046	-0,097
Die FaGes entlasten die diplomierten Pflegefachpersonen [...]	-0,096	-0,002	-0,052	-0,046
Die FaGes haben viele Möglichkeiten, sich einen breiten Erfahrungsschatz in der Pflege anzueignen.	-0,052	-0,081	0,012	-0,013
Ich nehme den Pflegeberuf heute ganzheitlicher wahr als bei meinem Einstieg in den Pflegeberuf.	-0,116	-0,065	-0,085	-0,119
Ich würde den Pflegeberuf [...]	<b>-.254**</b>	0,044	<b>-.209**</b>	<b>-.189**</b>

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.26: Korrelationsmatrix Kündigungsabsicht und Alter

	<b>Alter</b>
Denken an Kündigung	-.164**
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, eine annehmbare Alternative zu Ihrer jetzigen Stelle zu finden?	-.249**
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr eine neue Stelle suchen?	-.155*
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr Ihre Stelle kündigen?	-.151*

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.27: Korrelationsmatrix Ausbildungsgrad und Kündigungsabsicht

	<b>Diplom kategorisiert</b>
Denken an Kündigung	.099
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, eine annehmbare Alternative zu Ihrer jetzigen Stelle zu finden?	.148*
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr eine neue Stelle suchen?	.078
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr Ihre Stelle kündigen?	.067

n=267, \*=p<.05, \*\*=p<.01.

Tabelle B.28: Mann-Whitney-U-Test das Geschlecht und die Formen der Arbeitszufriedenheit

<b>Nullhypothese</b>	<b>Test</b>	<b>Signifikanz</b>	<b>Entscheidung</b>
Verteilung von Denken an eine Kündigung ist über die Kategorien von Geschlecht identisch	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	.921	Nullhypothese beibehalten
Verteilung von Wie wahrscheinlich ist es für Sie eine annehmbare Alternative zur jetzigen Stelle zu finden ist über die Kategorien von Geschlecht identisch	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	.944	Nullhypothese beibehalten
Verteilung von Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr eine neue Stelle suchen? ist über die Kategorien von Geschlecht identisch	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	.693	Nullhypothese beibehalten
Verteilung von Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten haben Jahr Ihre Stelle kündigen? ist über die Kategorien von Geschlecht identisch	Mann-Whitney-U-Test bei unabhängigen Stichproben	.022	Nullhypothese ablehnen
Asymptotische Signifikanzen werden angezeigt. Das Signifikanzniveau ist .05			

Tabelle B.29: Korrelationsmatrix Phasen der Kündigungsabsicht

	Denken an Kündi- gung	Wie wahrschein- lich ist es für Sie, eine annehmbare Alternative zu Ih- rer jetzigen Stelle zu finden?	Wie wahrschein- lich ist es für Sie, dass Sie im nächs- ten halben Jahr eine neue Stelle suchen?	Wie wahrschein- lich ist es für Sie, dass Sie im nächs- ten halben Jahr Ihre Stelle kündi- gen?
Denken an Kündigung	1.000	.273**	.620**	.532**
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, ei- ne annehmbare Alternative zu Ihrer jetzigen Stelle zu finden?	.273**	1.000	.401**	.401**
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr ei- ne neue Stelle suchen?	.620**	.401**	1.000	.868**
Wie wahrscheinlich ist es für Sie, dass Sie im nächsten halben Jahr Ih- re Stelle kündigen?	.532**	.401**	.868**	1.000

n=267, \*=p&lt;.05, \*\*=p&lt;.01.





# C

## Samenvatting

De stijgende levensverwachting en de veroudering van de bevolking zijn aanleiding voor een groeiende behoefte aan zorg en verpleging, verbonden met exploderende kosten in de zorgsector. Wereldwijd worden zorg-systemen met deze uitdaging geconfronteerd en zijn deze gedwongen om concurrentie als een sturingsmechanisme in te voeren. Dit heeft tot gevolg dat er in de verpleging steeds minder tijd voor de patiënten ter beschikking staat en het steeds lastiger wordt om goede zorg te verlenen. Deze ontwikkeling heeft een hoge fluctuatie tot gevolg, maar bemoeilijkt eveneens de identificatie van de verplegenden met hun beroep en met hun werkomgeving, die als «moreel onbewoonbaar» wordt ervaren.

Deze problematiek heeft de socioloog Niklas Luhmann reeds rondom 1970 gediagnosticeerd. Hij ging er van uit dat het voor «hulpverlenende beroepen» in moderne maatschappijen steeds lastiger wordt om een stabiele beroepsidentiteit te ontwikkelen en om aan de met het beroep verbonden «waarden» te beantwoorden.

Het is mede het doel van deze studie om de theorie van Luhmann aan een proeve te onderwerpen door gebruik te maken van een «mixed-method» onderzoeksdesign. Gebaseerd op kwalitatieve semi-gestructureerde interviews werd een scala ter vaststelling van het beroepsethos van de verpleging ontwikkeld, waardoor het de eerste keer mogelijk is om dit beroepsethos kwantitatief te reconstrueren. De kwantitatieve ondervraging en de validering van de scala bij 267 professionals uit de verpleging hebben bovendien de beroepsidentiteit, de vormen van arbeidstevredenheid als ook de intentie om ontslag te nemen geïdentificeerd.

De resultaten laten een samenhang zien van beroepsidentiteit en beroepsethos. Hogere uitkomsten bij de beroepsidentiteit hangen samen met hogere waarden bij de progressieve en gestabiliseerde werktevredenheid en korreleren negatief met de intentie om ontslag te nemen. Het beroepsethos hangt samen met hogere waarden bij de progressieve arbeidstevredenheid. Vertrekkend vanuit de bevindingen, dat veranderde arbeidsvoorwaarden in de verpleging de identificatie met het beroep bemoeilijken en het beroepsethos onder druk komt te staan, worden de resultaten in een strategie-framework voor praktisch gebruik nuttig gemaakt.



# D

## Zusammenfassung

Die steigende Lebenserwartung und Überalterung führen zu einem erhöhten Pflegebedarf und damit verbunden zu explodierenden Kosten für Gesundheitsausgaben. Das stellt Gesundheitswesen weltweit vor grosse Herausforderungen und zwingt diese zum Einsatz von Wettbewerb als Steuerungsmechanismus. Das führte dazu, dass den Pflegenden immer weniger Zeit für die Patienten zu Verfügung steht und es schwieriger wird, gute Pflege zu leisten. Konsequenzen daraus sind eine hohe Fluktuation, eine erschwerte Identifikation der Pflegenden mit dem Beruf und ein Arbeitsfeld, das als «moralisch unbewohnbar» erlebt wird.

Diese Problematik hat Niklas Luhmann bereits um 1970er diagnostiziert. Er geht davon aus, dass es für helfende Berufe, in modernen Gesellschaften schwieriger wird, eine stabile berufliche Identität zu entwickeln und den damit verbundenen Werten Rechnung zu tragen.

Ziel dieser Arbeit ist die teilweise Überprüfung der Luhmannschen Theorie mittels eines «mixed-method»-Forschungsdesigns. Aus qualitativen Leitfadeninterviews wurde die Skala zur Erfassung des Berufsethos der Pflege entwickelt, die es erstmals möglich macht, das Berufsethos der Pflege quantitativ zu erheben. Die quantitative Erhebung und Validierung der Skala bei 267 Pflegefachpersonen erhob ausserdem die berufliche Identität, die Formen der Arbeitszufriedenheit sowie die Kündigungsabsicht.

Die Resultate zeigen einen Zusammenhang von beruflicher Identität und Berufsethos. Höhere Ausprägungen in der beruflichen Identität gehen mit höheren Werten in der progressiven und stabilisierten Arbeitszufriedenheit einher und korrelieren negativ mit der Kündigungsabsicht. Das Berufsethos geht mit höheren Werten in der progressiven Arbeitszufriedenheit einher. Ausgehend von den Erkenntnissen, dass die veränderten Arbeitsbedingungen in der Pflege die Identifikation mit dem Beruf erschweren und das Berufsethos unter Druck gerät, werden die Befunde in einem Strategieframework praktisch nutzbar gemacht.



# E

## Curriculum Vitae Anja Huber

Anja Huber, geboren am 25. August 1985 in Zürich (Schweiz). Zwischen 2005 und 2012 hat sie Arbeits- und Organisationspsychologie, Betriebswirtschaft und Bankenrecht an der Universität Zürich studiert. Zwischen 2008 und 2013 war sie als wissenschaftliche Assistentin am Lehrstuhl Marketing am Institut für Betriebswirtschaftslehre der Universität Zürich tätig. Zwischenzeitlich hat sie Praktikas in der Marktforschung und in Bewerbertrainings absolviert. Nach ihrer Tätigkeit an der Universität Zürich übernahm Anja Huber die Leitung des Fachbereichs Marketing & Kommunikation bei der Stiftung Dialog Ethik. Später hatte sie zusätzlich die Leitung des Fachbereichs Organisationsberatung inne und unterstützte als Stabsstelle der Geschäftsleitung die Institutsleitung bei strategischen Fragen. Diese Funktion übte sie bis im Frühjahr 2016 aus. Nach einem halbjährigen Weiterbildungsaufenthalt an der Georgetown University in Washington, DC zum Thema Strategie und Performance Management, arbeitet Anja Huber seit September 2016 als Projektleiterin für Personal- und Organisationsentwicklung an der ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. Neben ihrer Erwerbstätigkeit schreibt sie seit Juni 2014 als externe Doktorandin ihre Dissertation zum Thema „Ethos und Identität: Eine ethisch-empirische Studie zur Krise des Pflegeberufs“ an der Radboud Universität Nijmegen.